

DE LA
GASTRO-ENTÉROSTOMIE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Mars 1893

PAR

Eugène WILHELM

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE — INTERNE DES HÔPITAUX

Né le 12 novembre 1867, à Strasbourg

Examinateurs : { MM. GROSS, Président.
HEYDENREICH, Professeur.
VAUTRIN, Agrégé.
FÉVRIER, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

1893

DE LA

GASTRO-ENTÉROSTOMIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Mars 1893

PAR

Eugène WILHELM

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE — INTERNE DES HÔPITAUX

Né le 12 novembre 1867, à Strasbourg

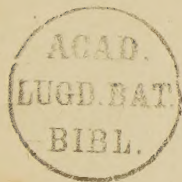
Examineurs: { MM. GROSS, Président.
HEYDENREICH, Professeur.
VAUTRIN, Agrégé.
FÉVRIER, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

1893



FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O. COZE *, I O,
V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O.

Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.....	N...
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I O, professeur
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, A O, professeur.
Histologie.....	M. BARABAN, A O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A O, agrégé, ch. du cours

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS *, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, A O, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN A O, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.
Histoire naturelle.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A O.	MM. SIMON, A O.	MM. FÉVRIER.
RENÉ, A O.	REMY.	PRENANT.
NICOLAS, A O.	P. PARISOT.	
VAUTRIN A O.	HAUSHALTER.	

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, I O, ROHMER, A O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS O, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

RECONNAISSANCE ÉTERNELLE

A MON FRÈRE

A MES SOEURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

HOMMAGE RESPECTUEUX

INTRODUCTION

La gastro-entérostomie qui est une opération de pratique courante en Autriche, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique, n'a été pratiquée qu'un petit nombre de fois en France. M. le professeur Gross ayant eu l'occasion d'exécuter cette opération deux fois, c'est avec empressement que nous avons accepté l'occasion qu'il nous offrait d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Le travail de M. Guinard seul, avait paru en France, lorsqu'au cours de nos recherches parut la thèse du Dr Matignon. Malgré cela nous n'avons pas hésité à poursuivre notre but. Nous avons pensé qu'une question aussi importante méritait autre chose que la simple mention qui en est faite dans les livres classiques, et supportait un nouvel examen. Nous avons cherché, en rassemblant les documents les plus nombreux et les plus récents sur cette question, à donner une idée exacte de la valeur de la gastro-entérostomie, de ses avantages, de ses dangers, et nos connaissances de la langue allemande et anglaise nous ont permis d'appuyer nos conclusions sur l'autorité des plus grands maîtres de l'étranger. Nous espérons contribuer

aussi quelque peu au mouvement qui tend à se faire dans notre pays en faveur de la gastro-entérostomie.

Voici le plan que nous nous sommes imposé :

Après un court historique, nous avons esquissé l'anatomie topographique de la région opératoire où se pratique la gastro-entérostomie. — Nous avons étudié avec soin le manuel opératoire de cette opération, les méthodes et les procédés qui ont été employés. Ce chapitre comprend le traitement pré-opératoire, l'antisepsie pré-opératoire, l'anesthésique employé, et les différents temps de l'opération. Dans les deux chapitres suivants, nous avons étudié successivement les accidents opératoires et les soins consécutifs à l'opération. Vient ensuite le chapitre des résultats immédiats et éloignés de la gastro-entérostomie, puis les objections faites à l'anastomose gastro-intestinale. Puis nous avons étudié l'intervention chirurgicale dans les maladies de l'estomac. Ce dernier chapitre comprend : la discussion des différentes opérations pratiquées pour le rétrécissement et pour le cancer du pylore, suivi des indications et contre-indications de la gastro-entérostomie. Enfin nous rapportons nos observations et nos conclusions.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Gross toute l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous avons été très touché de la sympathie et de l'amitié qu'il nous a toujours témoignées durant l'année d'internat que nous avons passée à sa clinique. Nous sommes heureux de lui dédier notre travail comme témoi-

gnage de notre vive reconnaissance pour toutes les bontés qu'il a eues à notre égard, et en souvenir des leçons bienveillantes qu'il nous a prodiguées et de la bonne grâce qu'il a apportée en mettant à notre disposition les ouvrages allemands, dont nous avons besoin pour mener à bonne fin ce travail.

Que M. le professeur Bernheim, notre premier maître en clinique, veuille agréer la marque de notre plus vive reconnaissance pour les leçons qu'il nous donne tous les jours depuis que nous remplissons les fonctions d'internes à sa clinique.

Nous sommes heureux de remercier M. le Doyen Heydenreich et M. le professeur Spillmann pour l'enseignement clinique que nous avons reçu d'eux.

Nous prions également MM. les professeurs agrégés Vautrin et Rohmer, d'agréer nos remerciements pour l'intérêt qu'il nous ont témoigné dans le cours de nos études médicales et M. le professeur agrégé Février pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être membre de notre jury.

Que M. le professeur agrégé Nicolas veuille bien aussi recevoir le témoignage public de notre reconnaissance pour l'amitié bienveillante qu'il nous a témoignée, alors que nous étions attaché au laboratoire d'anatomie.

Merci à notre excellent ami le Dr Adam, chef de clinique à la Faculté, qui a mis à notre disposition, avec sa bonne grâce habituelle, les ouvrages de sa bibliothèque et qui nous a guidé dans les recherches que nous avons à faire sur le cadavre.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555807_0034

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La gastro-entérostomie est une opération qui a pour but la suppression des accidents provoqués par la sténose cicatricielle ou néoplasique, soit du pylore, soit du duodénum.

Elle consiste à rechercher une anse de l'intestin grêle, à l'ouvrir sur le côté opposé au mésentère, à pratiquer une section semblable sur l'estomac, soit sur la face antérieure, soit sur la face postérieure de cet organe, à suturer les deux plaies deux à deux. C'est la création d'une bouche artificielle qui permet le passage facile des aliments de l'estomac dans l'intestin, et ce nouveau canal de dérivation est destiné à assurer l'alimentation gravement compromise par la sténose du pylore ou du duodénum. Suivant que l'on établit cette bouche sur le duodénum ou le jéjunum, on a donné à cette opération le nom de *gastro-duodénostomie* ou de *gastro-jéjunostomie*. Nous ne garderons que le nom générique de *gastro-entérostomie*.

Conçue par Nicoladoni et exécutée pour la première fois par Wœlfler à la clinique de Billroth, le 28 décembre 1881, cette opération est d'origine autrichienne et elle resta

pendant quelque temps l'apanage exclusif de la clinique de Billroth où elle fut pratiquée par ce maître éminent, par Wœlfler, von Hacker, Eiselsberg et Salzer, ses élèves. D'abord opération de nécessité, qui n'avait ses indications que lorsque la pylorectomie était impraticable, elle fut bientôt exécutée de propos délibéré et à l'heure actuelle elle tend à devenir une opération de choix.

Les résultats merveilleux que donnaient les vivisections pratiquées sur les chiens, démontrèrent que la chirurgie de l'estomac et de l'intestin était presque inoffensive chez les animaux et encourageaient les auteurs à l'appliquer à l'homme. De tous côtés, on se mit à l'œuvre, et bientôt les statistiques vinrent confirmer les espérances conçues, et justifier une opération de premier abord si téméraire.

C'est Wœlfler (1) et v. Hacker (2) qui publient les résultats obtenus à la clinique de Billroth. C'est v. Eiselsberg (3) qui rapporte les différentes gastro-entérostomies pratiquées par son maître, par Salzer, par v. Hacker et par lui-même. C'est Rockwitz (4) qui, dans son intéressant mémoire, consigne toutes les gastro-entérostomies pratiquées jusqu'en 1887. C'est Charvát (5), Page (6) qui réunissent l'un

(1) Wœlfler, *Ueber die von, Prof. Dr. Billroth ausgeführten Resectionen der carcino matosen Pylorus* — Wien. 1881.

(2) V. Hacker, *Die Magenoperationen an Prof. Billroth's Klinik 1880 bis März 1885.* — Wien. 1886.

(3) V. Eiselsberg, *Langenbeck's Archiv.* t. XXXIX. 1889 *Heft.* 4, p. 785.

(4) Rockwitz, *Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie* Bd. XXV, p. 250 (1888).

(5) Charvát, *Op. leccni pylori Sbirka prednasek Tho meyerem* C. 22 et 23 rapporté par K. Maydl. *Wien. Medicin. Wochensch.* N° 18 et 19 (1892).

(6) H. Page, *British. Med. Journal.* May, 1889, vol. I, p. 1114-1119 et *Lancet*, 1889, vol. I, p. 986.

58 cas, l'autre 31 cas. A côté de ces statistiques générales, prirent bientôt place des statistiques particulières. Rockwitz (1) consigne dans son mémoire la série heureuse de huit opérés de Lücke. Lauenstein (2) fait connaître les résultats qu'il a obtenus dans les 17 opérations de gastro-entérostomie qu'il a pratiquées. Czerny et Rindfleisch (3) publient les résultats qu'ils ont obtenus à la clinique de Heidelberg. En Suisse, c'est Kocher (4), Courvoisier (5), Socin (6), Fritzsche (7) qui publient leurs cas isolés. En Allemagne, la liste des opérateurs est trop chargée pour que nous puissions la consigner ici. Chaque chirurgien allemand a pu présenter une petite statistique portant sur 2, 4, 6, 8, 10 et 20 cas. Les partisans de la gastro-entérostomie furent nombreux en Angleterre et en Amérique, et elle fut bientôt de pratique courante. En France, nous ne pouvions rester indifférents au mouvement qui se faisait autour de nous. D'abord, essais timides en 1889, par Pozzi (8) et Péan (9), puis tentés à nouveau par M. Hey-

(1) Rockwitz, *L. c. et Centralb. f. Chirurgie*. (1888) N° 1, p. 15.

(2) Lauenstein, *Zur Indikation Anlegung, und Funktion der Magendünndarmfistel*. Sp. Abdruck aus der *Festschrift zu Ehren L. Meyers in Göttingen* (1892).

(3) Czerny et Rindfleisch, *Beiträge f. Chirurgie. Festschrift à Billroth* 1892, p. 438.

(4) Kocher, *Correspb. f. Schweizer Aerzte*, 1^{er} décembre 1883, n° 23.

(5) Courvoisier, *Central f. Chirurgie*, 1883, n° 49.

(6) Socin, *Correspondb. f. Schweizer Aerzte* 1884, n° 21, p. 513.

(7) Fritzsche, *Correspondb. f. Schweizer Aerzte* 1888, 1^{er} août, n° 15, p. 457.

(8) Pozzi, *Bullet. et Mém. de la Société de Chirurgie* (17 juillet 1885), t. XV, p. 586.

(9) Péan, rapporté par A. Guinard : *Traitement chirurgical du cancer de l'estomac*. Paris, Asselin et Houzeau (1892), p. 64.

denreich (1) en 1891, les débuts de la gastro-entérostomie furent modestes, et peu encourageants, et firent que cette opération eut beaucoup de peine à s'accréditer chez nous ; cependant, un nouvel élan paraît donné, MM. Michaux (2), Reclus (3), Terrier (4), Schwartz (5), Jaboulay (6), Doyen (7), Villar (8), Dubourg (9), etc., publient, coup sur coup, de nouveaux cas. Malgré cela, en face des centaines d'opérations pratiquées à l'étranger, la statistique française ne figure que pour une vingtaine de cas au plus. Nous n'avons pas à examiner les causes de cette infériorité apparente, et nous croyons même qu'il faut en féliciter la prudence de nos chirurgiens qui généralement se résolvent difficilement à pratiquer une opération qui n'est que palliative et dont la mortalité est trop élevée.

Mais alors que la chirurgie française ne fait que d'entrer dans la lice, la gastro-entérostomie fut simplifiée en Angleterre et en Amérique. Senn (10), en 1889, préconise

(1) Heydenreich, *Revue médicale de l'Est*, 1891, séance du 27 mai.

(2) Michaux, *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 707, n° 75.

(3) Reclus, *Bullet. et Mém. de la Société de Chirurgie*, t. XVIII novembre, 1892, p. 609.

(4) Terrier, *Bullet. et Mém. de la Société de Chirurgie*, t. XVIII, p. 636, 1892.

(5) Schwartz, *Bullet. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1892, n° 8 et 9, séance du 27 juillet.

(6) Jaboulay, *Archives prov. de Chirurgie*, juillet 1892.

(7) Doyen, *Archives prov. de Chirurgie*, juillet 1892.

(8) Villar, *Thèse de Matignon* (Bordeaux, 1892), p. 154.

(9) Dubourg, *Thèse de Matignon* (Bordeaux, 1892), p. 150.

(10) SENN. — *An experimental contribution to intestinal Surgery with special reference to the treatment of intestinal obstruction.*

a) *Transactions IX, International Med. Congress Washington*, vol. I, p. 460.

b) *Annals of. Surgery*, vol. II, 1888, p. 430.

c) *Experimental Surgery* Chicago, 1889, p. 399. — Greig Smith *abdominal, Surgery III* édition London, p. 400.

The surgical treatment of. pyloric sténosis, *Medical Record*, Nov. p. 17, et 14, 1891.

l'emploi de plaques d'os décalcifié, pour rendre cette opération moins longue, moins difficile et partant moins dangereuse, et à l'heure actuelle, les procédés qui découlent de l'invention de Senn ne se comptent plus. Nous avons essayé d'en donner la description au chapitre des sutures.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce court historique, nous pouvons, dès à présent, constater que, après les essais timides faits en France, cette opération tend à conquérir du terrain, et le jour n'est pas éloigné où elle aura obtenu chez nous son droit de cité, puisqu'elle apporte avec elle des statistiques destinées à devenir toujours meilleures. Du reste, ne peut-on pas justifier cette opération ? Quelle est l'intervention thérapeutique ou chirurgicale qui a eu la prétention de juguler le cancer dans sa marche fatale et le rétrécissement fibreux dans son évolution progressive ? Quel est l'onguent, la solution, ou l'injection qui ait pu faire fondre le néoplasme ? En face du douloureux spectacle d'un malade condamné à une inanition progressive, et à une terminaison prochaine, n'était-il pas légitime de tenter une intervention, même sanglante ? Du reste, l'étude que nous avons essayé de faire, les nombreuses observations que nous avons colligées, nous permettent de retenir cette pensée : aucune médication n'a pu donner une période de bien-être et un retour à la vie, aussi sensible que la gastro-entérostomie, et si la survie des opérés est de courte durée, le chirurgien a du moins la consolation d'avoir délivré son opéré de souffrances atroces dont il était la proie et surtout des tortures de la faim qui l'amenaient au tombeau. Sans doute, un jour viendra où la science sera heureuse de

nous fournir une panacée contre le cancer et le rétrécissement, mais en attendant, nous croyons qu'il n'est pas bon d'assister impassibles aux maux dont souffrent ceux qui sont atteints de sténose du pylore.



CHAPITRE II

Anatomie topographique de la région épigastrique.

La région opératoire sur laquelle doit porter la gastro-entérostomie comprend la région épigastrique. Les auteurs classiques ont peu insisté sur la description de cette région, mais depuis que la chirurgie a osé aborder les organes qu'elle contient, il est de toute nécessité de connaître les rapports normaux et anormaux des viscères que cette région renferme.

1° Anatomie normale.

La région épigastrique a la forme d'un triangle dont le sommet serait formé par l'appendice xiphoïde et dont la base aurait pour limite une ligne horizontale reliant les cartilages de la dixième côte de chaque côté. Cette ligne répond ordinairement au côlon transverse. Les organes principaux siégeant dans cette région sont l'estomac, le foie, le pancréas, le duodénum et une portion du jéjunum.

Au milieu de la région épigastrique et dans sa partie la plus élevée, on trouve une dépression que l'on appelle dépression gastrique ou stomacale (*scrobiculus cordis* des Allemands). C'est dans cette portion que l'on rencontre le foie et la partie terminale de l'estomac. Mais la plus grande portion de cet organe se trouve dans l'hypochondre gauche; on y rencontre en outre la rate et une portion du côlon descendant et, suivant que l'estomac est plus ou moins dilaté, on y trouve une portion du grand épiploon.

Les viscères sur lesquels porte la gastro-entérostomie comprennent l'estomac, le duodénum et le jéjunum.

L'estomac dont la paroi antérieure nous intéresse plus particulièrement répond à la partie antérieure des 7^e, 8^e et 9^e côtes gauches. La petite courbure de cet organe est recouverte par le foie. Entre cette portion et celle recouverte par les côtes, il existe une portion de la paroi antérieure de ce viscère, qui est très importante au point de vue chirurgical. Cette portion a la forme d'un triangle, elle est limitée à gauche par les 7^e, 8^e et 9^e cartilages costaux, à droite par le bord antérieur du foie et en bas par le côlon transverse. C'est cette portion que l'on se propose d'atteindre dans la gastrotomie et dans la gastrostomie.

La portion pylorique de l'estomac siège dans la région épigastrique et elle est recouverte par le lobule de Spiegel. Le pylore siège un peu à droite et au-dessous de l'appendice xiphoïde, entre la ligne sternale et parasternale, il est recouvert par le lobule du foie et répond au bord supérieur de la première vertèbre lombaire. Ses rapports varient un peu suivant que l'estomac est à l'état de réplétion ou de vacuité; il suit les mouvements de cet organe,

qui bascule d'arrière en avant et lorsque l'estomac est vide, il est un peu attiré à gauche, tandis que lorsque cet organe est plein il se dirige légèrement à droite et en bas.

Les rapports du pylore ont été étudiés par Hartmann (1) et Jonnesco (2) : il est suspendu à la face inférieure du foie par un ligament qui contient le canal cholédoque, l'artère hépatique et l'artère pylorique. Ce ligament est avasculaire et transparent dans sa partie supérieure et épais dans sa partie inférieure. La portion mince forme le ligament suspenseur du pylore ou ligament gastro-hépatique. La portion épaisse et inférieure forme le ligament suspenseur du duodénum ou ligament duodéno-hépatique. En arrière du pylore, on trouve le ligament postérieur de cet organe ou ligament gastro-pancréatique de Huschke. Ce ligament divise l'arrière-cavité des épiploons en deux loges, l'une rétro-stomacale, l'autre sous-hépatique. Ces loges ne sont pas complètes ; elles communiquent entre elles grâce à un petit orifice.

Après l'estomac et la région pylorique, nous avons à étudier le duodénum et le jéjunum sur lesquels peut porter l'anastomose gastro-intestinale.

Le duodénum, dont les rapports sont décrits dans tous les auteurs classiques, s'étend du pylore au côté gauche à la deuxième vertèbre lombaire. Il décrit une anse dont la concavité regarde à gauche. On lui distingue trois por-

(1) Hartmann : *Bulletin de la Société anatomique*, 1889, p. 102.

(2) Jonnesco : *Bulletin de la Société anatomique*, 1889, p. 153.

tions : hépathique, rénale, pancréatique. Aujourd'hui on tend à admettre qu'il existe une quatrième portion, constante et fixée contre le paroi postérieure de l'abdomen. Elle affecte une direction à peu près verticale, quelquefois oblique et à gauche, mais jamais oblique en haut et à droite. La situation de cette quatrième portion est variable puisqu'elle peut atteindre la troisième et la deuxième vertèbre et même le disque intervertébral qui sépare la dernière dorsale de la première lombaire. Quelques auteurs, Jonnesco entre autres, n'admettent point l'existence de la première portion du duodénum. Ils lui reconnaissent une courbure supérieure, un angle préaortique et un angle duodéno-jéjunal. Suivant que la portion basse du duodénum (angle préaortique) descend jusqu'à la cinquième lombaire, à l'union de l'articulation de la quatrième avec la troisième, ou bien avec la cinquième vertèbre lombaire, on a distingué trois types : le haut, le moyen et le bas duodénum.

D'abord libre sur une surface de un centimètre, le duodénum est bientôt recouvert par un feuillet séreux qui se continue avec celui du pancréas. C'est dans ce feuillet que chemine l'artère gastro-duodénale. Au-delà, le reste du duodénum est uni au pancréas par un tissu cellulaire lâche.

Cette portion de l'intestin est fixe, et MM. Beaunis et Bouchard (1) pensent que cette fixité est due au ligament

(1) Beaunis et Bouchard : *Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie* (1880).

hépato-duodénal, au tissu cellulaire qui l'unit intimement à la veine cave inférieure et à l'aorte, à un petit muscle lisse, muscle suspenseur du duodénum. C'est un faisceau mince naissant du tronc coeliaque et qui se perd dans les fibres longitudinales de la troisième portion du duodénum.

Sur le cadavre on reconnaît facilement le duodénum ainsi que la portion initiale de l'intestin grêle qui forme le jéjunum. Cette portion d'intestin est, en effet, d'un calibre plus gros, ses parois sont plus épaisses que celles du reste de l'intestin grêle, et sa coloration est fortement rosée, tandis que celle de l'iléon est d'un calibre moindre et d'une coloration franchement grisâtre.

Le jéjunum qui fait suite au duodénum reconnaît pour limite l'artère mésentérique supérieure. Il se dirige brusquement à gauche et en avant et forme au niveau de la deuxième vertèbre lombaire une anse dont la concavité est tournée à gauche. La situation de cette anse, logée profondément à gauche de la colonne vertébrale, est constante. On la reconnaît précisément à sa couleur rosée qui contraste avec celle des autres anses (Lauenstein) (1).

Cette anse qui correspond au point de communication du duodénum et du jéjunum est solidement fixée par le péritoine qui passe au-devant du duodénum sans former de mésentère.

(1) Lauenstein, *Zur Indikation, Anlegung und Funktion der Magendünndarmfistel. Sep. Abdruck aus der Festschrift zu Ehren L. Meyers in Göttingen 1891.*

Lauenstein, *Centralblatt f. Chirurgie 1891*, p. 776.

La séreuse duodénale décrite par Jonnesco forme à cet endroit trois fossettes : une duodénale inférieure, une autre duodénale supérieure et une troisième duodéno-jéjunale. Les deux premières sont situées sur le flanc gauche de la portion ascendante du duodénum, la dernière entre l'angle jéuno-duodéal et le mésocolon transverse. — Le duodénum et le jéjunum communiquent entre eux par l'orifice duodéno-jéjunal. Cet orifice est placé entre l'aorte en arrière et l'artère mésentérique supérieure en avant. Cette artère qui forme la limite classique entre le duodénum et le jéjunum est accompagnée de solides faisceaux fibreux qui descendent parallèlement à elle jusqu'au mésentère pour s'y épanouir et viennent s'unir au tissu cellulaire dense qui entoure la colonne vertébrale et l'aorte à ce niveau. Ce faisceau fibreux forme un véritable ligament suspenseur de l'intestin grêle. Képlan (1) signale l'expérience suivante : l'intestin étant vidé, si l'on soulève le mésentère au niveau de la partie moyenne de son insertion, on verra que ce mésentère donne la sensation d'une corde qui, tirée de bas en haut, soulève le mésentère, tandis que tirée de haut en bas elle fait saillie en avant du duodénum et abaisse le diaphragme et par lui le foie, tellement est solide son insertion supérieure au-dessous du duodénum. La forme générale du ligament suspenseur de l'intestin grêle ou muscle de Treitz est triangulaire à sommet mousse supérieur, à base le long de la portion ascendante du duodénum. Son sommet se perd dans le

(1) Képlan, *Thèse de Paris 1889*, sur la gastroentéroptose.

tissu fibreux qui entoure le tronc coeliaque et le pilier gauche du diaphragme, sa base étalée en éventail semble se continuer avec les fibres longitudinales de la face postérieure droite de la portion ascendante du duodénum. Treitz lui a décrit un faisceau de renforcement qui naîtrait du bord droit du pylore. Ce muscle passe au-devant de la veine rénale gauche et en arrière du pancréas. Au point de vue histologique, on admet que le muscle de Treitz est une lamelle musculaire qui figure un prolongement de la couche longitudinale musculaire du duodénum. Outre le muscle de Treitz, le duodénum a encore un autre ligament suspenseur qui est constitué par un repli péritonéal, adhérence secondaire du mésocolon transverse et de la partie terminale du duodénum pendant la vie intra-utérine. A ce point culminant du duodénum fait suite l'anse duodéno-jéjunale.

Indiquée par Socin (1) et Lauenstein, cette anse est, en raison de sa fixité, un point de repère précieux pour la recherche de la partie supérieure de l'intestin grêle et l'établissement de la fistule gastro-intestinale. Nous verrons ultérieurement la pratique employée par les différents chirurgiens pour la recherche de cette anse ; qu'il nous suffise de dire qu'elle est fixe, et se trouve au niveau de la troisième, quatrième, cinquième vertèbre lombaire, qu'elle peut être facilement reconnue à la simple inspection et surtout à la palpation, étant donné que les tissus qui la composent sont beaucoup plus denses que ceux des autres anses de l'intestin grêle.

(1) Socin : *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*. — 1884, n° 21, p. 513.

Tels sont les rapports normaux qu'affectent entre eux les principaux organes de la région épigastrique. Ces rapports peuvent être détruits ou du moins altérés lorsque cette région est envahie par le cancer ou le rétrécissement fibreux.

2° Anatomie pathologique.

Dans l'anatomie pathologique, nous aurons à considérer le cancer du pylore et de l'estomac, les adhérences que provoque le néoplasme, l'envahissement des organes voisins et la topographie qui en résulte au point de l'opération, nous aurons à faire les mêmes considérations pour le rétrécissement cicatriciel du pylore.

1° CANCER DU PYLORE ET DE L'ESTOMAC. — Le carcinome du pylore est fréquent. Toutes les portions de l'estomac peuvent être envahies par le cancer, mais c'est le pylore qui se montre le plus fréquemment atteint. Voici quels sont les résultats des recherches de Louis et de Dietrich au sujet de la répartition du cancer sur les différentes portions de l'estomac :

Pylore atteint	19 fois 60 0/0.
Petite courbure	17 fois.
Face antérieure et postérieure. . .	3 fois.
Grande courbure	2 fois.
Tout l'estomac.	1 fois.
Divers points	7 fois.
Sur.	31 cas.

D'après ces chiffres, nous voyons donc que le cancer a une prédilection marquée pour le pylore. La petite courbure vient ensuite, la face antérieure et postérieure en troisième ligne. Dans nos observations, où presque toujours le diagnostic de sténose pylorique avait été fait, si l'on trouvait un siège du cancer autre que le pylore, c'était toujours la petite courbure, la face antérieure ou postérieure qui était intéressée ; s'il en était autrement, la gastro-entérostomie n'aurait aucune raison d'être puisqu'elle ne doit être qu'un moyen de dérivation pour l'estomac dont le pylore ne fonctionne plus. — Le carcinome du pylore comporte toutes les variétés ; le squirrhe, l'encéphaloïde, le colloïde, l'épithéliome. Elles transforment le pylore en un anneau, un tube plus ou moins complet. Le néoplasme peut n'occuper que l'une des faces du pylore, et ne rétrécir l'orifice pylorique que sur un point, mais la forme circulaire du néoplasme n'est point rare. Unique ou formé de masses distinctes, le néoplasme produit des déformations, des changements de courbure, des rétrécissements et des dilatations du pylore sans nombre. Le volume de la tumeur est excessivement variable. Il va de la dimension d'une noix jusqu'à celle d'un poing et même au-delà. A la coupe, la tumeur forme une masse tantôt dure, uniforme, criant sous le scalpel et ayant un aspect blanc rosé, tantôt une masse molle tremblotante et friable, tantôt enfin la tumeur est irrégulière, bosselée à base indurée et à sommet formé de cônes et de dépressions. La muqueuse qui tapisse le pylore est modifiée dans sa constitution intime, elle recouvre généralement la production néoplasique. Toutes les tuniques de la

portion pylorique peuvent être hypertrophiées et entièrement soudées l'une à l'autre, la tunique musculieuse en particulier a été trouvée hypertrophiée (Louis), d'autres auteurs au contraire ont trouvé une atrophie générale de tous les tissus avoisinant la tumeur. Lorsque le cancer est assez avancé, la muqueuse est généralement ulcérée.

Cette ulcération peut être une cause d'erreur pour le chirurgien, même au moment de l'opération, une fois la laparotomie faite. Le rétrécissement fibreux peut provoquer autour de l'ulcération une hypertrophie inflammatoire. Le cancer peut se creuser d'une ulcération profonde ; dans les deux cas il y aura tumeur et dans les deux cas il y aura ulcère à bords taillés à pic. Le diagnostic alors restera en suspens en attendant les preuves histologiques. Il existe même des observations où le cancer est venu se greffer sur un ulcère ancien, ce qui augmente encore l'hésitation du chirurgien.

Inutile de rappeler la marche progressive et fatale du néoplasme, le tableau que nous allons passer en revue nous édifiera suffisamment à ce sujet ; nous signalerons seulement le fait suivant : le carcinome, au lieu de rester limité au pylore, peut encore intéresser le duodénum, soit en partie, soit en totalité. Le rétrécissement lui-même, au lieu de siéger au pylore, peut se propager au duodénum. Lauenstein a pratiqué deux gastro-entérostomies pour rétrécissement cancéreux du duodénum et deux gastro-entérostomies pour rétrécissement fibreux de cet organe. Stanfield a rapporté également une gastro-entérostomie, faites pour cancer du duodénum. L'envahissement cancéreux ne s'arrête pas au duodénum, il détermine encore

autour de lui des adhérences nombreuses qui changent les rapports des différents organes ; au point de vue opératoire il est de toute nécessité de les bien connaître.

a) *Adhérences que provoque le néoplasme et envahissement des organes voisins.* — Dans le chapitre de l'anatomie, nous avons étudié les rapports du pylore avec les organes voisins, et nous avons fait pressentir que ces rapports pouvaient, dans le cas de tumeur, devenir plus intimes et qu'il pouvait y avoir, entre les organes de cette région, des adhérences considérables. — Nous diviserons ces adhérences en *adhérences pariétales*, *épiploïques* et *viscérales*, comme l'a fait Jonnesco (1).

Les adhérences de la tumeur à la paroi abdominale sont, en général, très lâches, et dans ces cas cependant, on a réséqué une portion de la paroi abdominale (Trendelenburg (2). Les adhérences épiploïques sont pour ainsi dire constantes et elles forment quelquefois un obstacle qui empêche de récliner le côlon transverse vers en haut, comme on le fait dans la méthode de von Hacker. Les adhérences viscérales sont de beaucoup les plus importantes, et quoique, dans la gastro-entérostomie, on ne cherche pas à les détruire, il est bon cependant d'avoir présentes à l'esprit les modalités diverses qu'affectent entre eux les organes atteints par le néoplasme. Nous signalerons, en passant en revue les adhérences du pylore avec

(1) Jonnesco, *Technique opératoire des gastrectomies pour cancer.* — *Gazette des Hôpitaux* (1891), n° 60, p. 553.

(2) Trendelenburg, *T. Neizert. Ueber Magenresection.* Dissert. inaug. de Bonn (1889).

les organes avoisinants, les résections audacieuses qui ont été tentées et, outre ce que nous dirons ultérieurement, ces résections condamnent la pylorectomie et servent à la justification de la gastro-entérostomie.

Le foie est un des premiers organes envahis par le néoplasme, ce qui s'explique par l'infiltration du petit épiploon et de la petite courbure ; il est alors farci d'une foule de noyaux cancéreux, dont les dimensions sont des plus variables ; de plus, il peut être entouré de nombreux ganglions qui forment chaîne avec ceux du pylore. Kocher (1) a dû enlever tout le lobe gauche du foie. Son malade mourut deux heures après l'opération. Billroth (2) réséqua également une portion du foie. Son malade mourut le sixième jour à la suite de péritonite.

Après le foie, le néoplasme envahit souvent le pancréas, où plutôt il prend, avec ce dernier, des adhérences plus ou moins lâches et plus ou moins destructibles. Ces adhérences sont quelquefois très vasculaires ; il faudra les sectionner après avoir placé de nombreuses ligatures. Quelques auteurs ont intéressé, dans le cours de leurs opérations, le tissu glandulaire de cet organe, mais une telle pratique est toujours dangereuse, car on donne issue au suc pancréatique qui détermine fatalement une péritonite septique et l'on s'expose à une hémorrhagie interstitielle du parenchyme glandulaire, qui nécessite l'application difficile de nombreuses ligatures. Témoin le cas de Billroth (3), rapporté par von Eiselsberg. Lücke mit la

(1) Kocher. *Correspondbl. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} décembre 1888, n° 21.

(2) V. Hacker, *l. c.*

(3) Billroth, von Eiselsberg, *loc. cit.* (1889).

veine porte à nu après avoir entamé le tissu glandulaire du pancréas. Bardenheuer (1) blessa le canal de Wirsung. Billroth blessa la veine colique moyenne, la lia, mais la mort eut lieu cinq heures après. Perman (2) de Stockholm, blessa le pancréas superficiellement ; son malade guérit. Obalinski (3) fut obligé de reséquer une partie de la tête du pancréas ; sa malade guérit. Jurié (4), de Vienne, extirpa également une portion de la glande : le résultat fut fatal. Billroth (5) pratiqua une semblable résection : il s'en suivit un écoulement du suc pancréatique et la mort survint à la suite de péritonite. Socin (6), de Bâle, blessa l'artère gastro-duodénale et fut obligé de lier l'artère hépatique ; malgré cela, le malade succomba six heures après l'opération.

Les adhérences avec l'intestin grêle sont assez rares, ce qui peut s'expliquer par la grande mobilité dont jouit cet organe. Les observations que nous rapportons n'en font point mention. Tillmanns (7), de Leipzig, et Girardo Bigi (8), de Perugia, les ont rencontrées dans leurs pylorectomie, ils n'ont pas eu de difficulté de séparer ces adhérences, mais les malades succombèrent rapidement, l'un d'eux particulièrement, à la suite de diarrhée profuse. Les adhérences au méso-côlon et au côlon transvers sont

(1) Bardenheuer, *Centralblatt f. chirurgie* (1882), n° 46.

(2) E.-S. Perman, *Centralblatt f. chirurgie* (1890), n° 39, p. 750.

(3) Obalinski et Jaworski, *Wien. Klin. Wochenschrift* (1889), n° 5.

(4) Jurié, *Wién. Médicin. Wochenschrift* (1881), n° 23.

(5) Billroth, *Centralbl. f. chirurgie* (1882), n° 21.

(6) Socin, K. Hagenbach et C. Haegler, *Jahresberichtueber die chirurgische Abtheilung des Spitals zu Basel* (1888), p. 222.

(7) Tillmanns : *Berl. Klin. Wochenschrift*, 21 août 1882, n° 28.

(8) G. Bigi : *Raccogitore medico*, 30 nov. 1882, n° 20, p. 464.

au contraire plus fréquentes, elles s'expliquent aisément par la propagation du néoplasme aux organes voisins par l'intermédiaire de la grande courbure.

Comme les cancers de toutes les régions du corps, le cancer du pylore se propage par les ganglions. Ici, nous avons une chaîne continue qui entoure le pylore, se dirige vers la cavité rétro-péritonéale et englobe les vaisseaux. Tous ces ganglions peuvent être envahis en partie ou en totalité. L'épiploon et le mésentère peuvent être parsemés de nodules cancéreux.

En résumé ce n'est qu'à une période peu avancée du cancer du pylore, période encore peu accessible au diagnostic, que le néoplasme siège isolément sur la dernière partie de l'estomac, le laisse libre de toute adhérence, permet son extirpation, mais bientôt le duodénum, le foie, le pancréas, en premier lieu, l'épiploon, le mésentère, puis les ganglions rétro-péritonéaux, le côlon transverse et enfin l'intestin grêle sont envahis.

b) *Topographie qui résulte de l'envahissement cancéreux au point de vue opératoire.* — Les conséquences de l'anatomie pathologique au point de vue de l'opération, sont très considérables et il n'est point de surprise à laquelle le chirurgien ne doive s'attendre. Le pylore cancéreux déformé, augmenté de volume, peut siéger dans les régions les plus diverses. Morgagni l'a trouvé au niveau du pubis, Rokitansky et Billroth, au niveau du ligament de Poupert, Hyrtl, dans le petit bassin, Strumpell (1) signale un cas dans lequel il a trouvé le pylore

(1) Strumpell, *Traité de pathologie spéc. et de Thérap. des maladies internes*. T. I, p. 587.

à une paume de la main au-dessus de la symphyse. Cette migration du pylore est sous la dépendance de la dilatation de l'estomac. Toutes les fois que cet organe subit un mouvement de descente, il entraîne avec lui le pylore. Nous avons pu nous rendre compte nous-même de ce fait dans les différentes recherches que nous avons entreprises sur le cadavre. De même lorsque le néoplasme a envahi le pancréas, cet organe, augmenté de volume, peut provoquer un écartement des deux branches horizontales du duodénum de sorte que la troisième partie de cet organe pourra descendre très bas. Si nous avons affaire à un envahissement ganglionnaire considérable et à une infiltration généralisée de la grande courbure, de la petite courbure, de la face antérieure et de la face postérieure de l'estomac, si le foie, le pancréas et l'épiploon sont envahis, nous serons en présence d'une région où tous les organes sont déformés et déplacés. Dans ce cas, ni l'estomac, ni l'intestin ne pourront être attirés au dehors, et l'on ne pourra plus soulever ni l'épiploon, ni le côlon transverse et toute intervention tentée pour pratiquer l'anastomose gastro-intestinale, sera de la plus haute difficulté, sinon d'une impossibilité absolue.

2° RÉTRÉCISSEMENT CICATRICIEL. — Le rétrécissement cicatriciel est généralement consécutif à des érosions, à des ulcérations et à l'ulcère simple. Les ulcérations, depuis la simple érosion jusqu'à l'ulcération complète se produisent dans les circonstances les plus variées, hémorragies interstitielles de la gastrite alcoolique, ulcérations tuberculeuses et brûlures, etc. L'ulcération guérie se cicatrise,

mais c'est au prix d'un rétrécissement. Les tissus qui forment les bords de l'ulcération deviennent durs et s'épaississent comme nous l'avons signalé plus haut de façon à simuler au premier abord une ulcération cancéreuse. Ces ulcérations peuvent être uniques ou multiples et suivant qu'elles siègent l'une derrière l'autre, elles peuvent donner lieu à un rétrécissement pylorique simple ou multiple.

On a signalé également le traumatisme comme cause de rétrécissement. Ribas Perdigo (1), (observation CXXVIII), a pratiqué une gastro-entérostomie pour rétrécissement du pylore consécutif à un traumatisme. Le plus souvent le rétrécissement est aussi consécutif à l'ingestion d'agents caustiques, soufre (2), (observation XXVI), potasse, soude, qui détruisent la muqueuse et les couches sous-jacentes.

La réparation de ces tissus se fait au prix d'une cicatrice qui, rétractile de sa nature, diminue le calibre de l'intestin; ici encore intervient un processus hypertrophique de la muqueuse et des tissus sous-jacents qui, irrités par l'agent étranger, réagissent par inflammation, et contribuent ainsi à rétrécir d'avantage l'orifice du canal intestinal.

La valvule pylorique elle-même constituée par un tissu musculaire dense peut subir une hypertrophie essentielle et former ainsi un obstacle au passage des aliments. Hanot et Gombault (3) ont décrit cette hypertrophie du pylore, ces auteurs l'ont également décrite dans la gastrite chro-

(1) Ribas Perdigo, *Gaceta medica catalana* (octobre 1892.)

(2) Monastyrski, *Centralbl. f. chirurgie* (1885), n° 21.

(3) Hanot et Gombault, *Archives de Physiologie*, 1882.

nique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétro-péritonite calleuse.

Le processus inflammatoire qui a déterminé ces rétrécissements n'est pas toujours localisé, il peut encore s'étendre au voisinage.

Dans le cas d'ulcère par exemple, la muqueuse et la musculuse peuvent non seulement être intéressées, mais l'inflammation peut encore se propager à la séreuse péritonéale ; de là des adhérences nouvelles du pylore avec les organes voisins. — Nous voyons donc que l'ulcération pylorique est excessivement variable de forme, de dimension et de siège ; il en sera de même de la rétraction cicatricielle consécutive. Tantôt nous aurons affaire à une cicatrice linéaire plus ou moins large, se surélevant dans la lumière du pylore et l'oblitérant en partie, tantôt à une cicatrice arrondie dont la rétraction diminuera seulement l'orifice. Quelquefois le cercle pylorique tout entier sera envahi et donnera un anneau fibreux, rigide, à lumière étroite. Enfin, plusieurs anneaux peuvent se suivre, et éloignés les uns des autres, produire successivement des rétrécissements et des dilatations intermédiaires, ou rapprochés les uns des autres, produire alors un cylindre complet d'une certaine longueur. Par la variabilité même de ces cicatrices, il existe une grande différence dans la lumière du conduit pylorique. Plus ou moins étroit, complet ou incomplet, plus ou moins déformé, plus ou moins sinueux, il s'adapte en somme à la forme même du ou des nodules cicatrisés. Ces nodules peuvent être petits et à peine perceptibles à l'extérieur de l'estomac ou bien plus grands, plus larges et simuler alors, comme nous l'avons déjà dit, de véritables cancers.

Dans le cas de rétrécissement fibreux du pylore, nous n'avons pas à signaler les déplacements de cet organe à un degré aussi élevé que dans le cancer. Nous avons dit que le pylore, malgré les ligaments qui le retiennent, est tributaire de l'estomac. Si donc ce viscère a subi une dilatation considérable il s'en suit que le pylore pourra être plus ou moins abaissé et siéger dans des régions autres que sa région habituelle. Le plus souvent si le processus inflammatoire a été assez intense, cette portion de l'estomac pourra être adhérente aux organes voisins de telle sorte qu'il ne saurait être attiré au dehors. Telle fut du moins l'impression que nous a laissée la tentative faite par M. Gross qui au cours de l'opération qu'il a pratiquée (obs. CCXXII), désirant se rendre compte de l'état dans lequel se trouvait le pylore, le trouva adhérent de toutes parts et ne put l'attirer à lui.

Du chapitre de l'anatomie pathologique nous pouvons tirer les conséquences suivantes : Pour pratiquer la gastro-entérostomie, il faut que l'infiltration cancéreuse ne se soit étendue ni à l'épiploon ni au péritoine, sinon il sera impossible de relever et de récliner les organes recouverts par ces séreuses. Il faut en outre que l'estomac soit mobile dans une certaine mesure et que l'intestin puisse être facilement attiré au dehors, il faut aussi que le côlon transverse soit libre de toute adhérence, afin de pouvoir être recliné vers en haut.



CHAPITRE III

Manuel opératoire. — Méthodes et procédés.

Nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre le traitement pré-opératoire, l'antisepsie pré-opératoire, l'anesthésie, questions discutées récemment dans les sociétés savantes; puis nous décrirons les différentes méthodes employées pour pratiquer la gastro-entérostomie avec les différents temps qu'elles comportent.

1° Traitement pré-opératoire.

Dans une opération où l'on ouvre le péritoine, l'estomac et l'intestin, il est indiqué d'éviter à tout prix l'infection de la cavité péritonéale; aussi, les opérateurs se sont-ils efforcés de diminuer toute chance d'infection en pratiquant des lavages antiseptiques fréquents et répétés de l'estomac et de l'intestin.

Billroth emploie l'eau tiède; Rydygier, la solution salicylée à 1/1000; Ratimoff à 2/1000 et Kocher à 3/1000; Novaro se sert d'une solution de bicarbonate de soude

tiède et pure. Pour Schwartz, Terrier et Jaboulay, les lavages de l'estomac sont indispensables, ce dernier les pratique à l'aide de l'eau boriquée ou l'eau bouillie.

Lücke lave également l'estomac de ses malades et leur donne des lavements. Sa pratique habituelle est de procéder au lavage plusieurs jours avant l'intervention, puis, une heure avant l'opération, il pratique un nouveau lavage et immédiatement avant d'intervenir, il administre un lavement laudanisé.

Lauenstein insiste beaucoup sur les précautions préopératoires. Dès leur entrée à l'hôpital, les malades ne reçoivent que des aliments liquides et le plus nutritifs possible. Tous les jours qui précèdent l'opération, il pratique un lavage d'estomac. Le matin même de l'intervention, il leur donne encore des aliments très nourrissants et abondants ; il vide la vessie et l'intestin. Puis il lave l'estomac avec plusieurs litres d'une solution d'acide salicylique à la température du sang.

On a reconnu aux lavages de l'estomac, certains avantages. Si l'on se sert d'eau bouillie, on dilue le suc gastrique et on diminue en partie son acidité ; les lavages antiseptiques diminuent la nocuité du liquide stomacal. Tout danger d'infection paraît devoir être écarté. Jaboulay (1) dit que ces lavages facilitent encore l'exploration de la tumeur en la projetant contre la paroi abdominale. Lauenstein (2) pense qu'outre leur action locale, aseptie

(1) Jaboulay, *Archives provinciales de chirurgie*, juillet 1892, n° 1.
Id., *Lyon médical*, 31 juillet 1892.

(2) Lauenstein, *loc. cit.*

gastrique, les lavages diminuent les dangers du collapsus intra ou post-opératoire en provoquant une diurèse abondante, par la pénétration d'une grande quantité de liquide dans le système vasculaire après absorption par l'estomac.

Cette raison n'est point péremptoire, l'absorption de l'estomac est relativement faible et Novaro (1) dit qu'il n'a jamais obtenu cette diurèse, même après avoir fait des lavages très abondants jusqu'à 20 litres de liquide.

Caselli (2) prétend que les lavages prédisposent au shock. Beatson (3) les proscriit chez les personnes nerveuses et affaiblies ; Buchanan (4) propose qu'on s'en abstienne au moins pendant les quelques heures qui précèdent l'opération. Trendelenburg (5) ne fait point de lavages, il les remplace par un nettoyage soigné de l'estomac après avoir ouvert cet organe dans le cours de l'opération. M. Reclus (6) sans proscrire les lavages, prétend qu'il est des cas où ils sont au moins inutiles, témoin son observation (CCVI).

Les lavages de l'estomac, s'ils peuvent avoir quelques avantages, ont aussi leurs inconvénients. L'observation LVIII de Lauenstein en est un exemple. Au moment de l'ouverture de l'estomac, il y eut un écoulement abondant

(1) Novaro, *Contributo alla chirurgia dello stomaco, Siena*, 1890, p. 71.

(2) Caselli, *X^e Congrès de l'association médicale italienne, Analli universali di Medicina et chirurgia*, octobre 1882.

(3) Beatson, *The Lancet*, 11 octobre 1890, p. 761.

(4) Buchanan, *Brit. Méd. Journal*, 24 mars 1888, p. 633.

(5) Trendelenburg, *T. Neitzers. loc. cit.*

(6) *Bullet. et Mém. de la Société de Chirurgie*, novembre 1892, t. XVIII, et *Semaine médicale*, n° 52, 1892, p. 446.

de suc gastrique et de solution d'acide salicylique il fallut aspirer le liquide et empêcher qu'il ne s'écoulât dans le péritoine, pour cela cet auteur s'est servi d'une seringue à laquelle on a adapté une sonde de Nélaton ; un aide aspirait et lui-même dirigeait la sonde.

De toutes ces considérations, nous pouvons conclure que les lavages de l'estomac sont une précaution utile mais non indispensable. Il faudra en tout cas s'en abstenir lorsque le malade est trop affaibli, ou qu'il y a danger de réveiller une ancienne hémorrhagie. Les lavages d'estomac répétés étant une cause fréquente d'affaiblissement et de collapsus, il faudra prévenir ces dangers en administrant au malade des lavements alimentaires répétés.

Si l'affaiblissement du malade est excessif, on pourra faire la transfusion comme l'a fait Lauenstein, pour un de ses opérés (Obs. XLIV).

Une deuxième précaution pré-opératoire qu'il est bon de ne pas perdre de vue, c'est d'éviter au malade toute perte de chaleur pendant l'opération. Il faudra donc que la salle soit chauffée à 20°, et que le malade soit enveloppé dans de la flanelle. — Si son état de faiblesse le demandait, il faudrait lui donner quelques lavements excitants avant l'opération.

2° Antisepsie pré-opératoire.

Nous n'insisterons pas sur l'antisepsie et asepsie pré-opératoires et opératoires. L'antisepsie a été pratiquée par tous les chirurgiens. Les malades prennent avant d'être

opérés, un ou plusieurs bains, on fait l'antisepsie locale en lavant la région, où doit porter l'incision avec l'alcool, l'éther ou le sublimé ; et au moment de l'opération, on renouvelle l'antisepsie locale, ce qui se fait dans toute laparotomie. L'asepsie, quoique en disent certains auteurs est suffisante.

Il est de pratique courante à la clinique de M. le professeur Gross de se servir de l'eau distillée stérilisée dans les opérations pratiquées sur l'abdomen. Nous ne saurions approuver la pratique de Lücke, de Lauenstein et de Jaboulay qui soupoudrent la plaie gastro-intestinale au moyen d'iodoforme et qui se servent d'une solution de sublimé ou d'acide phénique faible pour faire les lavages du péritoine. Cette manière de faire est à notre avis imprudente et dangereuse, elle expose à des accidents d'intoxication. Le cas a été observé dans une observation de Lücke (Obs. XXII).

3° Anesthésie.

Les opérations de gastro-entérostomie ont été faites toutes à l'aide de l'anesthésie, sauf pour un opéré de Hahn, (observation LXXXVI). C'est au chloroforme qu'on a le plus souvent recours. Mais cet anesthésique peut devenir dangereux en raison de la longue durée de l'opération et de la faiblesse des opérés. Aussi Kocher commence l'opération par le chloroforme et continue l'anesthésie au moyen de l'éther.

Novaro pratique une injection de morphine avant

l'opération, se sert de l'éther comme anesthésique, il pratique en outre, pendant l'opération, plusieurs injections d'éther et donne à ses opérés plusieurs lavements excitants : alcool 20 gr., eau 80 gr., Chlorure de Sodium 0 gr. 50.

Lücke (1) emploie couramment un mélange de une partie de chloroforme et deux parties de diméthylacétal. Ce mélange serait moins dangereux que le chloroforme au point de vue de l'action de cet anesthésique sur le cœur.

Lauenstein a eu exclusivement recours au chloroforme.

Les chirurgiens anglais recourent également au chloroforme, quelques-uns ont essayé de pratiquer l'opération sans anesthésie, mais ils ont dû renoncer à cette tentative et anesthésier leurs malades.

Le chloroforme produit une anesthésie profonde et durable, mais il peut provoquer des vomissements au cours de l'opération et précisément au moment où le chirurgien a besoin d'une immobilité absolue des organes pour placer les sutures. En outre, si les vomissements ne se produisent point pendant l'intervention, ils peuvent survenir immédiatement après et compromettre les sutures gastro-intestinales, d'où danger de péritonite septique.

Les inconvénients du chloroforme et ses dangers peuvent être atténués en partie en pratiquant une injection sous-cutanée de morphine immédiatement après l'opéra-

(1) Fischer, *Deutsche Zertschrift f. Chirurgie.*, T. XVII (1887), p. 573.

tion. Mais l'inconvénient le plus sérieux est la gastrite consécutive au chloroforme, gastrite qu'il est difficile de combattre et qui ne cède qu'au bout de plusieurs jours.

En raison de ces accidents possibles, M. Reclus (1), qui manie la cocaïne avec tant de dextérité, préconise, pour la gastro-entérostomie, l'anesthésie à l'aide de cet agent ; quoique cet anesthésique n'ait pas encore été employé dans la gastro-entérostomie, nous pouvons dire que, *à priori*, la cocaïne aurait pour avantage sur le chloroforme d'éviter les vomissements et d'écarter ainsi les dangers que nous avons signalés plus haut. Mais, si la cocaïne est un excellent anesthésique pour la superficie des téguments, en est-il de même pour la profondeur ? En outre, quel est l'opéré qui verra sans effroi se dévider sous ses propres yeux ses intestins, et encore quelle serait l'influence sur le moral de l'opéré, s'il arrive un accident ou un retard quelconque dans la recherche de l'intestin ou dans la destruction de quelque adhérence ? Et si la période de l'analgésie est terminée avant l'opération, le malade ne pourra-t-il pas troubler et dérouter le chirurgien par ses cris et ses gémissements ? Au reste, la cocaïne est-elle si inoffensive, n'a-t-elle pas à sa charge des accidents ? Nous pensons donc qu'il est de toute nécessité d'opérer, soit sous le chloroforme, l'éther, où le mélange de diméthylacétal-chloroforme. Les inconvénients de ces agents sont sans doute sérieux, mais ils pourront être atténués par l'emploi consécutif de la morphine.

(1) Reclus, *De l'analgésie par la cocaïne en chirurgie courante*. — *Semaine Médicale*, 25 janvier 1893.

4° Description de l'opération.

La gastro-entérostomie comprend les différents temps suivants :

1^{er} temps. — La laparotomie.

2^e temps. — L'exploration de l'estomac et de l'intestin, la recherche de l'anse à suturer.

3^e temps. — L'établissement de l'anastomose.

4^e temps. — Les opérations complémentaires.

5^e temps. — La fermeture de l'abdomen.

1^{er} TEMPS. — *Laparotomie.* -- La laparotomie ne diffère en rien de toutes les autres laparotomies. Aussi, les opérateurs n'ont-ils modifié en rien leur pratique habituelle pour exécuter ce premier temps. Néanmoins, chacun d'eux a préconisé une incision de choix. L'incision médiane est la plus généralement adoptée (Rydygier, Kocher, Lücke, Lauenstein, Czerny, Pozzi, Reclus, Jaboulay, Villar, Gross, etc.). Elle se pratique entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, qu'elle dépasse lorsqu'elle n'est pas suffisante ; elle mesure généralement 10 à 15 centimètres. Lauenstein commence son incision sur une ligne partant du milieu de la région comprise entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, et s'étendant à six centimètres au-dessus et à six centimètres au-dessous de l'ombilic. L'incision variera nécessairement de hauteur, suivant que l'estomac est plus ou moins dilaté et suivant que la tumeur siège plus ou moins haut. Woelfler a reproché à cette incision

de prédisposer à l'éventration. Il est vrai que cet accident a été observé par Kocher et Weir, mais il est rare et l'éventration peut être facilement évitée en plaçant des sutures profondes comprenant tous les téguments et en obligeant le malade à garder le lit jusqu'à ce que sa cicatrice soit solide.

L'incision oblique employée par Billroth et Wœlfler se pratique généralement sur une ligne partant à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic et marchant parallèlement au rebord costal droit ou gauche, sur une longueur de 12 centimètres. Mais ces auteurs ont abandonné l'incision oblique pour reprendre l'incision médiane ; ils ont remarqué, en effet, que l'exploration de la tumeur était aussi praticable à l'aide de l'incision médiane qu'à l'aide de l'incision oblique. Rydygier, en outre, a fait observer que l'incision oblique prédisposait davantage à la suppuration et à l'éventration. Dans certains cas où l'incision médiane ne donnait pas assez de jour, le chirurgien fut obligé de pratiquer une incision perpendiculaire à la première. Tel fut le cas de Lücke qui dut ajouter à l'incision médiane une incision transversale de 5 à 6 centimètres. Courvoisier a employé l'incision courbe.

En résumé, l'incision médiane nous paraît être l'incision de choix.

Il faudra la faire aussi longue qu'il est nécessaire, le traumatisme étant le même. On pourra y ajouter, si cela est nécessaire, une incision transversale ; quant à la longueur de l'incision c'est la disposition des organes qui la commande. L'essentiel est que le chirurgien y voie clair et que ses manœuvres sur les anses intestinales ne soient point gênées.

2^e TEMPS. — *Exploration de l'estomac et de l'intestin, recherche de l'anse à anastomoser.* — L'exécution de ce temps est des plus importante, le succès opératoire en dépend en grande partie. Nous avons à examiner quelles sont les parties qu'il faut réunir et les différentes méthodes opératoires qui ont été suivies.

a) *Exploration de l'intestin et de l'estomac ; recherche de l'anse à anastomoser.* — Le péritoine une fois ouvert, le chirurgien introduit sa main dans la cavité péritonéale et explore rapidement l'estomac et l'intestin ; il s'assure de l'état dans lequel se trouvent ces deux viscères et après cet examen il se décide à l'intervention qui paraîtra lui donner le plus de chance de succès, soit la résection, soit la gastro-entérostomie. Si l'on se propose de faire la gastro-entérostomie de propos délibéré, cet examen sans être inutile devra être rapide. Toute perte de temps peut être fatale. Il faut donc que la décision de l'opérateur soit prompte et lorsqu'elle est prise, si l'on veut pratiquer la gastro-entérostomie, il importe que le choix de l'anse à anastomoser soit rapide et sûr. Il est indispensable de choisir une anse située très haut afin de conserver à l'opéré la surface de digestion la plus grande possible. Il ne s'agit pas, en effet, de priver un malade déjà extrêmement affaibli d'une surface d'absorption considérable.

Ce principe a été méconnu des premiers opérateurs, qui primitivement choisissaient pour l'anastomose, la première anse qui se présentait sous leurs doigts. Cette manière de procéder, qui paraît désastreuse, donna cependant quelques succès, mais ils furent de courte durée. Les

malades se relevaient de leur opération et bientôt ils déclinaient ; leur état général faiblissait et enfin ils mouraient d'inanition.

b) *Les parties qu'il faut réunir.* — Actuellement tout le monde s'accorde à admettre qu'il faille se servir pour l'anastomose d'une anse appartenant à la partie supérieure de l'intestin. Seul, Rockwitz (1) prétend qu'il importe peu qu'une certaine longueur de l'intestin soit soustraite à l'acte digestif, du reste l'événement a démontré qu'en agissant ainsi on s'éloignait fort peu du duodénum.

L'excellente statistique de Lücke rapporté par Rockwitz (2) parle en faveur de cette opinion, mais d'autres chirurgiens qui ont suivi cette pratique n'ont pas été aussi heureux.

Lauenstein a pris une anse quelconque dans deux cas (obs. XLIV et XLV) ; de ce que l'anastomose ait porté à 45 centimètres au-dessous du duodénum (obs. XLIV), il l'attribue lui-même au hasard. Dans le second cas (obs. XLV), l'anse gastro-intestinale se trouvait à 2 mètres au-dessous du duodénum. Le malade est mort 30 jours après l'opération à la suite de vomissements et d'inanition. Obalinski (3) (obs. LXXXV) commit une singulière méprise : pensant tenir le jéjunum, il sutura le cœcum à l'estomac ; il conseille à ce sujet de rechercher d'abord le cœcum et

(1) Rockwitz, *Die gastro-entérostomie an der Strassburger chirurgischen Klinik Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie*, Bd. XXV, p. 502, 1887.

Id., *Centralbl. f. Chirurgie*, 1888, n° 1, p. 15.

(2) Rockwitz, *loc. cit.*

(3) Obalinski, *Centralbl. f. Chirurgie*, 1891, n° 21, p. 426.

de s'orienter ensuite, d'après lui, pour le choix de l'anse. Angerer (1) (obs. CXXIII) a perdu un de ses opérés pour avoir pris une anse quelconque. Depuis ce temps, il recherche le pli jéjuno-duodénal et prétend le trouver facilement.

Nous croyons donc qu'il faut choisir une anse très élevée, c'est-à-dire que l'anastomose doit porter sur la dernière partie du jéjunum ou au moins sur la première portion de l'ilion. Tel est également l'avis de MM. Gross et Vautrin (2) qui recommandent de chercher le jéjunum et d'établir l'anastomose gastro-intestinale à 40 ou 50 centimètres au-dessous de lui, ce qui a été exécutée deux fois par M. Gross (obs. CCXXI et CCXXII).

En agissant ainsi, on ne s'expose pas à perdre son malade à la suite d'inanition, et on évitera, dans une certaine mesure, les vomissements.

Pour la recherche rapide de l'anse intestinale placée très haut, il est nécessaire d'avoir un point de repère constant et fixe. Ce point de repère est tout indiqué, d'après les considérations anatomiques que nous avons faites : c'est l'anse duodéno-jéjunale, autrement dit le plica duodéno-jéjunalis des Allemands.

Mais comment trouver sur l'opéré le pli duodéno-jéjunal ? Cette recherche difficile, dangereuse, parce qu'elle prolonge la durée de l'opération, suivant Rockwitz (3),

(1) Angerer, *Langenbeck's Archiv*. T. XXXIX, 1889, p. 378.

(2) Gross, Vautrin, Rohmer : *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicale*, 1891, t. II, p. 607.

(3) Rockwitz, *loc. cit.*

paraît au contraire d'une facilité extrême aux yeux de certains chirurgiens. Ces opinions contradictoires n'existeraient pas si l'on ne se trouvait pas en présence d'un cas pathologique. Nous l'avons dit plus haut: lorsque l'on procède à la gastro-entérostomie, il ne s'agit plus de rapports normaux, mais d'adhérences multiples, de déplacements insolites, qui mettent le chirurgien en présence de difficultés imprévues. Aussi, a-t-on préconisé pour faciliter la recherche du jéjunum, plusieurs procédés.

Wœlfler (1) recommande d'introduire la main droite dans l'abdomen et de chercher à reconnaître l'angle formé par le duodénum. A partir de là, il faut suivre l'intestin grêle et faire porter l'anastomose à cinquante centimètres environ de son origine. Socin (2) dit qu'il faut choisir l'anse qui est située derrière le côlon transverse, et qui est fixée contre la colonne vertébrale et, pour y arriver, il déroule une anse d'intestin grêle jusqu'à ce qu'il arrive au pli duodéno-jéjunal. Lücke (3) recherchait une anse d'intestin grêle quelconque dans le petit bassin. Lauenstein (4) attire le grand épiploon vers en haut, il saisit une anse d'intestin grêle au-dessous du côlon et la poursuit dans une direction donnée. Bien souvent il arrivait en quelques instants au lieu d'insertion du jéjunum à la paroi postérieure de l'abdomen ; dans quelques cas, où la direction poursuivie l'éloignait du pli duodéno-jéjunal, il changeait de direction et y arrivait rapidement.

(1) Wœlfler, *Centralbl. f. Chirurgie* 1881, n° 45.

(2) Socin, *Zur. Magen Chirurgie*. — *Correspbl. f. Schv. Aerzte*, 1 nov. 1884.

(3) Lücke, Rockwitz, *loc. cit.*

(4) Lauenstein, *loc. cit.*

Czerny et Rindfleisch (1) relèvent également le côlon vers en haut ; ils saisissent l'anse d'intestin grêle qui est située tout près de la colonne vertébrale et qui forme un angle avec cette dernière. Jaboulay (2) relève le grand épiploon par devant l'estomac, il insinue par dessous lui sa main droite, il va à la recherche de la troisième portion du duodénum, la suit et descend sur la première portion du jéjunum. « On suit l'anse jéjunale, la main l'attire en dehors du ventre et la fait passer en avant de l'épiploon, jusqu'à ce qu'elle soit en face de l'estomac. »

Nous-même nous avons eu l'idée de voir jusqu'à quel point la recherche du jéjunum était difficile.

Nous avons cherché à déterminer s'il existait un procédé sûr et rapide pour découvrir le pli jéjuno-duodénal et voici comment nous avons opéré. Nous avons pratiqué une incision médiane des téguments et une incision du péritoine. Après un examen rapide des organes visibles au fond de la plaie, nous avons relevé le grand épiploon et le côlon transverse. Puis de la main droite dirigée perpendiculairement à la colonne vertébrale, la paume tournée à droite, nous avons suivi la face inférieure du mésocôlon ; nous arrivions ainsi à gauche de la colonne vertébrale et nous saisissions immédiatement l'anse accolée à cette portion du rachis. *

(1) Czerny et Rindfleisch, *Beiträge f. Chirurgie. Festschrift* à Billroth (1892), p. 438.

(2) Jaboulay, *loc. cit.*

* Ce procédé nous a été indiqué par M. le Dr Adam, qui a bien voulu l'exécuter devant nous ; nous lui adressons ici nos plus sincères remerciements.

Nous exerçons ensuite quelques légères tractions sur l'anse que nous venions de saisir, cette anse était toujours fixe. Nous déroulions ensuite l'intestin sur une longueur de 50 centimètres, nous étions alors en présence de la portion d'intestin qui était censée devoir être suturée de fait à l'estomac. On était donc sûr d'être arrivé au pli duodéno-jéjunal.

Pour nous assurer de l'exactitude de notre procédé, nous avons pensé qu'il serait utile de déterminer à quelle hauteur porterait une ligature placée sur l'anse d'intestin grêle trouvée de la manière que nous avons indiquée plus haut.

Voici comment nous avons opéré, l'anse de l'intestin une fois découverte. Pour nous renseigner alors exactement sur la hauteur à laquelle l'anse intestinale aurait subi l'anastomose si nous avions fait l'opération complète, nous placions une ligature sur l'endroit choisi et nous dévidions tout l'intestin grêle. Or, théoriquement l'anastomose doit porter à 75 centimètres du pylore. (Du pylore au repli duodéno-jéjunal on mesure 25 centimètres, plus 50 centimètres que nous ajoutons pour permettre à l'anse de s'adapter facilement et librement à l'estomac, ce qui donne 75 centimètres).

Si l'expérience a réussi, nous devons toujours trouver 75 centimètres du pylore à la ligature.

Sur 16 cas, la ligature a porté à	0 ^m 75	— 5 fois
—	—	0,72 — 2 fois
—	—	0,79 — 1 fois
—	—	0,84 — 1 fois

Sur 16 cas, la ligature a porté à 0^m85 — 2 fois
 — — 1m. — 1 fois
 — — 1,40 — 1 fois
 — — 1,60 — 1 fois
 — — 1,75 — 1 fois
 — — 2,80 — 1 fois

Sur nos 16 expériences, 4 sont nulles, encore faut-il attribuer ces insuccès à notre inexpérience, car ces 4 insuccès comptent parmi nos premières tentatives.

RECHERCHES PERSONNELLES DE L'ANSE ANASTOMATIQUE

AGE		Ce que l'on a trouvé à l'ouverture de l'abdomen	Du pylou à la ligature	Longueur de l'intestin grêle	Distance à laquelle aurait porté l'anastomose
Hommes	Femmes				
33	29	Tuberculose du péritoine.....	2m30	5.60	2m30 + 0.50 = 2m80
	37		1.25	6.25	1.25 + 0.50 = 1.75
	45	Gros intestin très distendu, refoule le diaphragme.....	1.10	6.10	1.10 + 0.50 = 1.60
40		Le foie n'est pas visible, le colon transverse est très distendu ; l'estomac est refoulé vers en haut.	0.90	9.50	0.90 + 0.50 = 1.40
	69	Foie cardiaque, déborde.....	0.25	6.75	0.25 + 0.50 = 0.75
55		Foie cardiaque, déborde.....	0.25	5.25	0.25 + 0.50 = 0.75
		Le foie arrive à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le malade avait une hernie inguinale gauche qui disparut en relevant le colon transverse vers en haut.....	0.25	6.25	0.25 + 0.50 = 0.75
50			0.25	8.35	0.25 + 0.50 = 0.75
	21		0.22	7.25	0.22 + 0.50 = 0.72
44	39	Le foie descend jusqu'à l'ombilic. On croit retirer une anse d'intestin grêle et c'est une anse du gros intestin qui n'a qu'un diamètre de 2 travers de doigt. On saisit l'anse qui est située immédiatement au- dessus et qui appartient à l'in- testin grêle.....	0.22	6.75	0.22 + 0.50 = 0.72
			0.29	7.90	0.29 + 0.50 = 0.79
	50		0.34	5.80	0.34 + 0.50 = 0.84
	29		0.25	9.25	0.25 + 0.50 = 0.75
	50	Carcinome du foie consécutif à un carcinome de l'estomac. Le foie déborde. On est obligé de prolonger l'incision au-dessous de l'ombilic.	0.50	8.50	0.50 + 0.50 = 1 m.
18			0.35	7.85	0.35 + 0.50 = 0.85
	70		0.35	8.30	0.35 + 0.50 = 0.85

Ces résultats sont satisfaisants, mais il faut le dire, dans le cas de cancer, les choses ne sont pas aussi simples et notre procédé ne serait même pas applicable dans tous les cas.

En effet, on ne peut pas toujours soulever le côlon transverse et le renverser sur la paroi abdominale en même temps que l'épiploon. Dans ce cas il faudra recourir au procédé recommandé par Haasler (1) pour la recherche de l'anse duodéno-jéjunale. Au lieu de relever le grand épiploon et le côlon transverse, on perfore l'épiploon gastro-colique, le méso-côlon et on saisit l'anse duodéno-jéjunale située à côté de la colonne vertébrale.

Nous ne parlerons que pour mémoire du procédé de Nothnagel (2) qui consiste à prendre une anse quelconque et à y placer un grain de sel ; immédiatement il se produit, d'après l'auteur, des mouvements anti-péristaltiques de l'intestin. C'est en suivant le sens de ces mouvements qu'on doit arriver au jéjunum. Ce procédé est infidèle, témoin, les observations de Lücke (obs. XXIII et XXIV), et celles de Lauenstein (obs. XLVI et LII). Ces auteurs, en suivant les règles données par Nothnagel, ont vu sur quatre cas, deux fois le grain de sel ne provoquer aucun effet, et deux fois ces auteurs se sont écartés du jéjunum

(1) Haasler, *Meber gastro-entérostomie* *Langenbeck's, Archiv.* XLV, p. 201, 1892.

(2) Nothnagel, *Mémoire de Rockwitz, loc. cit.*

en suivant les mouvements provoqués par le grain de sel.

En résumé, la recherche de l'anse duodéno-jéjunale est un point de repère précieux auquel il faudra avoir recours quand cela est possible ; cette recherche difficile d'abord est rendue plus facile après que l'on se sera exercé sur le cadavre, et si l'éducation de la main n'est pas suffisamment faite, on pourra s'aider encore des yeux, on pourra distinguer au fond de la cavité péritonéale une anse appliquée contre la colonne vertébrale, anse rosée dont la coloration tranche sur celle des autres anses de l'intestin grêle qui sont généralement grisâtres.

c) *Rapprochement des organes à suturer. — Méthodes opératoires.* — Lorsque le choix de l'anse est fait, on procède à l'anastomose de l'intestin et de l'estomac. Cette anastomose a été pratiquée sur la face antérieure et sur la face postérieure de cet organe, d'où *gastro-entérostomie antérieure* et *gastro-entérostomie postérieure*.

Telles sont les deux grandes méthodes employées. La première est due à Wœlfler (1), la deuxième à von Hacker (2).

1° Méthode Wœlfler ou gastro-entérostomie antérieure ante-colica. — Elle consiste à suturer l'anse de l'intestin grêle à la partie antérieure de l'estomac en la faisant passer au-dessus du côlon transverse.

(1) Wœlfler, *loc. cit.*

(2) Von Hacker, *Centralbl. f. Chirurgie*, n° 24 (1885).

Cette méthode a été la plus généralement employée ; (Wœelfler, Billroth, Lücke, Lauenstein, Czerny, Rindfleisch, etc...) Ce procédé, facile au point de vue opératoire, offre cependant quelques inconvénients tant au point de vue des résultats immédiats que des résultats éloignés de l'opération. La distance entre le jéjunum et la paroi antérieure de l'estomac, si l'on passe au-devant du côlon est assez considérable. L'anse intestinale devra donc avoir une certaine longueur (à peu près 70 à 80 centimètres). Il s'en suivra que le bout inférieur et le bout supérieur auront une tendance à se placer parallèlement l'un à l'autre, en canon de fusil. La conséquence de ce fait sera la formation d'un éperon très prononcé au niveau de l'anastomose (Lauenstein, obs. XLV ; Heydenreich, obs. CCIV). Cet éperon s'accentuera encore davantage par le poids du bout supérieur ; il se produira en outre des tractions sur la suture, un reflux des matières intestinales dans le bout supérieur et quelquefois un rétrécissement du bout inférieur. Les aliments venant s'accumuler dans le bout supérieur distendront cette portion de l'intestin et viendront comprimer le bout inférieur. Le surplus de ces aliments sera refoulé vers l'estomac, il en résultera pour le malade des vomissements fréquents qui seront encore augmentés par ce fait que la bile et le suc pancréatique ne pourront s'écouler dans le bout inférieur.

Ce mode d'anastomose prédispose également à la compression du côlon transverse. L'anse intestinale placée en bandouillère sur le côlon transverse, peut se distendre, diminuer le calibre du côlon et empêcher ainsi le passage facile des matières.

Ce danger de compression mérite d'être pris en considération, et s'il n'a pas toujours été funeste (iléus chez un opéré de Lücke (obs. XX), il a déterminé chez les opérés de Lauenstein une constipation opiniâtre, un ralentissement dans les selles. Tous ses opérés ont dû avoir recours longtemps encore après l'opération aux lavements et aux laxatifs et chez l'un d'eux (obs. LVII) la mort survint à la suite d'un étranglement. Malgré tous les perfectionnements apportés à la méthode de Wœlfler, la compression du côlon transverse et les vomissements bilieux demeurèrent la préoccupation constante des chirurgiens. Aussi von Hacker proposa-t-il une deuxième méthode.

2° Méthode de Von Hacker, gastro-entérostomia posterior retro-colica. — Von Hacker exposa sa méthode au XV^e congrès des chirurgiens allemands. Sa pratique consiste à récliner vers en haut l'estomac et le côlon transverse, à perforer le méso-côlon dans un endroit avasculaire et à suturer l'anse jéjunale à la paroi postérieure de l'estomac. On évite ainsi la compression du jéjunum et du côlon transverse. Cette méthode est correcte au point de vue anatomique : l'anse jéjunale au lieu d'être attirée en haut, vient s'appliquer d'elle-même contre la paroi postérieure de l'estomac, et les aliments se dirigeront naturellement dans le bout inférieur; la formation de l'éperon n'est pas à craindre. Cette méthode fut adoptée par Czerny, dans son troisième cas de gastro-entérostomie, en décembre 1885. Elle fut également employée à la clinique de Billroth. C'est à elle que les chirurgiens français ont eu le plus généralement recours.

Cependant, Maydl (1) et d'autres opérateurs ont reproché à la gastro-entérostomie postérieure d'être une opération difficile à exécuter, puisque au lieu d'opérer en dehors de la cavité péritonéale, comme c'est le cas dans la méthode de Wœlfler, on opère au contraire dans sa profondeur. Cette opération, disent encore les adversaires de cette méthode, demande une grande habileté de la part de l'opérateur et des aides. Sans doute, ces objections ont quelque valeur, mais nous pouvons dire avec V. Eiselsberg (2) de ce que une méthode soit plus difficile, mais plus avantageuse, il ne faut pas pour cela la rejeter.

Ces difficultés opératoires ont été exagérées, et elles n'existent que lorsque le cancer, par ses adhérences, empêche de rejeter le côlon transverse en haut, et de faire basculer l'estomac de bas en haut. Dans tous les autres cas, le manuel opératoire de cette méthode est facile à exécuter et l'on pourra même opérer en dehors de la cavité péritonéale en attirant l'estomac et l'intestin en dehors de la paroi de l'abdomen. Tout chirurgien, dit von Hacker (3), qui a expérimenté cette méthode sur le cadavre, ou qui l'a exécutée sur le vivant à l'aide d'assistants, sera convaincu qu'il est plus difficile de placer les sutures dans la profondeur, mais cette difficulté ne doit pas être prise en considération par un chirurgien habitué à pratiquer des opérations sur l'estomac et l'intestin.

(1) K. Maydl, *Wien medic. Wochens.*, 1892, n° 18 et 19 — *Centralbl. f. Chirurgie*, n° 32, 1892.

(2) Von Eiselsberg, *loc. cit.*

(3) Von Hacker, *Wien. Klin. Wochens.*, n° 46, 17 nov. 1892, p. 662.

M. le professeur Gross a répété plusieurs fois le manuel opératoire de la méthode de von Hacker sur le cadavre, il fut étonné de la facilité avec laquelle il put l'exécuter. Nous-même, dans nos recherches, nous avons exécuté le plus souvent la gastro-entérostomie postérieure sur le cadavre ; cette méthode ne nous a pas paru plus difficile à exécuter que celle de Wœlfer. M. Gross ayant eu l'occasion de faire deux gastro-entérostomies (obs. CCXXI et CCXXII) choisit la méthode de von Hacker, il l'exécuta facilement, et opéra en dehors de la cavité péritonéale.

Mais la gastro-entérostomie postérieure n'est pas applicable à tous les cas. Ainsi sur neuf cas, Czerny (1) ne put l'exécuter que quatre fois, et dans la clinique de Billroth (2) cette méthode ne put être exécutée qu'une seule fois sur une série de treize cas. Il faut, dit Czerny, que l'estomac soit dilaté et mobile. C'est toujours le cas dans les rétrécissements du pylore et du duodénum ; il n'en est pas de même pour le cancer ; la mobilité des organes fait souvent défaut et bien souvent la paroi postérieure de l'estomac est envahie par le néoplasme. On proposa une nouvelle méthode qui n'est qu'une variante de celle de von Hacker.

3° Méthode de Courvoisier. — Gastro-enterostomia anterior retro-colica. — Courvoisier (3) a exécuté le procédé de von Hacker, mais au lieu d'aboucher l'anse à la paroi postérieure de

(1) Czerny, von Hacker, *loc. cit.*

(2) Billroth, von Hacker, *loc. cit.*

(3) Courvoisier, *Centralblatt f. Chirurgie*, 1883, n° 49.

l'estomac, il l'a suturée à la paroi antérieure de cet organe et, outre le mésocôlon, il a fendu encore le ligament gastro-colique.

La méthode de Courvoisier fut exécutée par Billroth en mars 1885 et récemment deux fois par Braman (1).

Deux graves reproches ont été adressés aux méthodes de von Hacker et de Courvoisier. Le premier est la gangrène du côlon. On a dit qu'en perforant le mésentère on s'exposait à la gangrène du côlon. Cette assertion n'est pas prouvée et aucune observation de gangrène n'a été rapportée jusqu'ici. Le deuxième reproche adressé à ces deux méthodes est que l'orifice mésentérique à travers lequel passe l'intestin tend en se cicatrisant à rétrécir l'orifice gastro-intestinal. Nous ne pouvons apporter aucun fait à l'appui de cette assertion. On a cru observer ce rétrécissement dans un cas de Larkin (2) et de Stanfield (3), mais on n'a pu faire à ce sujet que des suppositions.

Von Hacker (4) et Brenner (5) ont cherché à éviter ce danger, en plaçant une suture circulaire autour de l'orifice pratiqué à travers le méso-côlon ; ils réunissaient aussi le méso-côlon transverse et le ligament gastro-colique, et donnaient à l'orifice une dimension d'environ une pièce de cinq francs, à travers lequel on pouvait facilement attirer l'intestin au dehors.

Une troisième objection a été faite à ces deux métho-

(1) Braman, *Beilage z. Centralb. f. Chirurgie*, 1892, p. 101.

(2) Larkin, observation, *The Lancet*, 1891, t. II, p. 72.

(3) Stanfield, observation, *Brit. méd. Journal*, 8 février 1890.

(4) Von Hacker, *loc cit.*

(5) Brenner, *Wiener. Klin. Wochens.* 1892, n° 26.

des : d'autres anses peuvent, à la suite de l'anse anastomotique, se précipiter à travers l'orifice méso-colique et s'y étrangler. Cette objection encore n'a pas reçu de confirmation par les observations.

Récemment, Haaler (1) a proposé, et Braman (2) a exécuté, l'opération de von Hacker, modifiée de la façon suivante. Il relève l'estomac, perfore le méso-côlon de haut en bas, dans un endroit avasculaire et, avec les doigts introduits par cet orifice, il suit le duodénum et arrive au pli duodéno-jéjunal. Là, il saisit le jéjunum, laisse glisser lentement l'intestin sur ses doigts et amène l'anse à travers l'orifice jusqu'à la paroi postérieure de l'estomac.

Cette opération présente, sur celle de von Hacker, les avantages suivants : elle n'exige pas le relèvement du gros intestin et de l'épiploon, elle peut donc se faire même quand le grand épiploon et le gros intestin sont adhérents et infiltrés. On ne risque pas d'infecter toute la cavité péritonéale, puisque toute l'opération se passe à l'étage supérieur de cette cavité.

Nous avons esquissé rapidement le manuel opératoire des méthodes employées pour l'exécution de la gastro-entérostomie. Nous avons vu leurs avantages et leurs inconvénients et, jusqu'aujourd'hui, les auteurs ne sont point encore d'accord pour savoir s'il faut pratiquer la gastro-entérostomie antérieure ou postérieure. D'après

(1) Haasler, *loc. cit.*

(2) Braman, *loc. cit.*

von Hacker (1), le choix de la méthode importe peu et n'a point d'influence sur le résultat de l'opération, mais la méthode se base exclusivement sur les modalités diverses que l'on rencontre pendant l'opération. Von Hacker attribue à la méthode de Wœfler une mortalité de 50 %, tandis que sa méthode ne lui a donné que 36,8 %. Czerny et Rindfleisch (2) ont fait 20 gastro-entérostomies ; 6 opérations, d'après la méthode de Wœfler, ont donné 4 morts : 66,6 % ; 14 opérations, d'après la méthode de von Hacker, ont donné 4 morts : 28,5 %.

Lauenstein (3) reconnaît les avantages de la méthode de von Hacker, mais il ne les croit pas assez importants pour lui faire abandonner la gastro-entérostomie antérieure, qui est pour lui l'opération de choix. Nous pourrions objecter à l'auteur qu'il est des cas où l'opération de Wœfler est absolument impraticable, témoin le cas de Kilner Clarke. Cet auteur, ayant entrepris une gastro-entérostomie antérieure, fut obligé de pratiquer l'opération de von Hacker, en raison des adhérences de l'estomac et de l'intestin.

M. Doyen penche pour la gastro-entérostomie postérieure. Pour MM. Schwartz, Reclus, Hadra, la gastro-entérostomie antérieure semble plus praticable, quoique l'on puisse atteindre quelquefois la face postérieure de l'estomac. M. Pozzi préfère la gastro-entérostomie postérieure.

(1) Von Hacker, *loc. cit.*

(2) Czerny et Rindfleisch, *Beiträge zur Chirurgie. Festschrift gewidmet Théodore Billroth* 1892. Stuttgart, p. 438.

(3) Lauenstein, *loc. cit.*

Pour M. Terrier, il paraît indifférent de placer la bouche gastro-intestinale soit en avant soit en arrière de l'estomac. Jesset préfère la gastro-entérostomie postérieure, parce qu'elle permet d'obtenir plus facilement la coaptation des surfaces gastro-intestinales au moyen des plaques de Senn.

De toutes ces opinions, on peut conclure que l'anastomose devra porter à l'endroit qui paraît le plus commode ; la question essentielle est de placer l'orifice gastro-intestinal de telle sorte que son bon fonctionnement soit assuré. Pour cela, il ne faudra point créer l'orifice trop près de la grande courbure ; les aliments, incomplètement attaqués par le suc gastrique, auraient tendance à passer trop vite dans l'intestin grêle et on exposerait ainsi son malade à mourir d'inanition. Lauenstein a coutume d'établir la fistule gastro-intestinale à l'union du tiers moyen et du dernier tiers de l'estomac, et à un travers de doigt au-dessus de l'insertion du grand épiploon. Ici encore, les règles ne peuvent être absolues, le chirurgien devra compter, dans le cas de cancer, avec le degré d'envahissement des organes par le néoplasme. Il faudra, avant tout, établir la fistule dans un endroit sain de l'estomac, et éloigné de plus de deux à trois centimètres du tissu cancéreux. Quant au procédé de von Hacker, il est plus logique au point de vue anatomique et nous croyons qu'il doit être préféré au procédé de Wœlfler, lorsqu'il est applicable. M. Gross a exécuté deux fois ce procédé qui ne lui a pas paru plus difficile que la gastro-entérostomie antérieure, et aujourd'hui on tend à ne plus employer que la méthode de von Hacker.

3° TEMPS. — *Etablissement de l'anastomose.*

a) *Fixation provisoire des viscères.* — Dans l'exposé des différentes méthodes opératoires, nous avons omis avec raison de décrire le manuel de l'opération elle-même. Ce manuel varie avec les différents chirurgiens, chacun d'eux a sa méthode de prédilection, il nous semble donc qu'il est intéressant de rapporter la pratique de quelques-uns d'entre eux.

Les uns se servent de pinces, de clamps, de bandellettes de gaze iodoformée, ou thymolée pour attirer et maintenir l'estomac et l'intestin, d'autres, au contraire, ne se servent d'aucun compresseur, ni d'aucune ligature provisoire.

Lücke (1) attire l'estomac au dehors au moyen de pinces à branches parallèles et recouvertes de drains de caoutchouc, puis il attire l'intestin au dehors au moyen de ses doigts, l'isole sur une certaine longueur en le vidant par expression entre ses doigts, et fait ensuite maintenir l'intestin par les mains d'un aide.

Lauenstein (2) ne s'éloigne pas beaucoup de cette pratique. Il incise d'abord l'estomac, le fait maintenir par un aide ; puis il place deux ligatures provisoires sur l'intestin en les faisant passer à travers deux orifices créés dans le mésentère ; il lave l'anse de l'intestin à l'acide phénique, et place autour du champ opératoire des éponges chaudes.

(1) Lücke, *Mémoire de Rockwitz, loc. cit.*

(2) Lauenstein, *loc. cit.*

Rydygier (3) vide également le contenu de l'intestin et l'isole sur une longueur de 10 centimètres au moyen de deux clamps (compresseurs de Rydygier), il fait faire par un aide un pli sur l'intestin, et l'incise au bistouri ; un deuxième aide fait un pli semblable sur l'estomac, de 8 centimètres environ.

Monastyrski (4) et Socin (5) isolent également une portion de l'intestin ayant 10 centimètres au moyen de deux ligatures provisoires faites à la soie. Socin se sert du clamp de Gussenbaur pour saisir l'estomac.

Fritzche (6) isole l'intestin au moyen de deux bandettes de coton et se sert de deux tiges métalliques recouvertes de caoutchouc dont il lie les extrémités et qui servent à fixer l'estomac.

Von Hacker (7) fait saisir l'estomac par les deux mains d'un aide, de telle sorte que les pouces soient placés sur la paroi antérieure et les autres doigts au niveau de la paroi postérieure. Il déchire au moyen de deux pinces anatomiques le mince feuillet du méso-côlon, il suture circulairement les bords de cette fente à la partie postérieure de l'estomac. L'aide rapproche ensuite au moyen de ses pouces placés très près l'un de l'autre, la paroi postérieure et la paroi antérieure de l'estomac afin d'empêcher l'écoulement des matières à travers l'organe que l'on vient

(3) Rydygier, *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, t. XXV, p. 575, 1887.

(4) Monastyrski, *Ieschenedelnaja klinitsches kaja gaseta*, 1884, n° 9 et 11 et *Centralbl. f. Chirurgie*, 1884, n° 21.

(5) Socin, *loc. cit.*

(6) Fritzche, *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte*, 1888, 1^{er} août, n° 15.

(7) Von Hacker, *Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1885, t. XXXII ; *Wiener Klin. Wochens.*, 1892, n° 46.

d'inciser; quant à l'intestin, l'auteur le vide par expression et y place deux de ses pinces (pinces de von Hacker).

Hadra (1) ne s'est point servi d'instruments, il n'a eu recours qu'aux mains de ses aides.

Stamm (2) place sur l'intestin deux bandelettes de caoutchouc montées sur des pinces de Péan.

M. Schwartz (3) fixe les deux viscères au moyen de deux pinces érigée de Chaput.

M. Dubourg (4) passe un fil de soie dans chaque lèvre de la plaie péritonéale, la fait maintenir béante par les mains d'un aide, attire l'estomac en dehors, fait un pli au milieu de la face antérieure de cet organe, le confie à un aide et va à la recherche de l'anse de l'intestin.

M. Villar (5) s'est servi des pinces de Rydygier pour maintenir l'intestin et l'estomac.

M. Gross, enfin, dans les deux opérations qu'il a pratiquées, n'a eu recours qu'aux mains de ses assistants.

En résumé, lorsque l'opérateur sera secondé par un personnel suffisant et au courant de la technique de l'opération, les instruments seront inutiles, l'occlusion des viscères sera pleinement assurée par les mains d'un ou de deux aides au plus.

(1) Hadra, *Berliner Klin. Wochenschrift*, 25 janv. 1892, n° 4.

(2) Stamm, *A case of gastro-entérostomy after Senn's method for cancerous obstruction of the pylorus*. -- *Medical News Philadelphia*, 1889, vol. LVI, p. 112-117.

(3) Schwartz, *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XVIII, 1892, n° 8 et 9.

(4) M. Dubourg, *Matignon, Thèse de Bordeaux*, obs. CLXIII, 1892.

(5) Villar, *Matignon, Thèse de Bordeaux*, obs. CLXIV, 1892.

b). *Ouverture de l'estomac et de l'intestin.* — Quelle est la meilleure forme et la meilleure direction à donner à l'incision, pour assurer le bon fonctionnement de la fistule, quel est le moment où il faut inciser les viscères, quel est le mode d'incision auquel il faut avoir recours ? Telles sont les principales questions que nous avons à envisager.

1° **Direction à donner à l'incision.** — Primitivement l'incision de l'estomac fut faite parallèlement aux courbures de cet organe, et celle de l'intestin parallèlement à son grand axe. Toutes deux avaient une longueur moyenne de 5 à 6 centimètres. Mais une semblable pratique expose à des hémorrhagies considérables du côté de l'estomac. Au lieu de faire des incisions parallèles l'une à l'autre et d'égale longueur, on a établi une incision oblique. Nous avons déjà signalé la pratique de Lücke (1) et de Lauenstein (2). Ces auteurs pratiquaient une incision oblique à l'estomac, incision se dirigeant de gauche à droite et de haut en bas. L'incision de l'intestin fut toujours établie au côté opposé de son bord mésentérique et parallèlement à son grand axe. On a pensé que deux incisions perpendiculaires l'une à l'autre, assureraient davantage le bon fonctionnement de la fistule en empêchant l'accolement des lèvres de la plaie. L'incision de l'estomac dans ce cas avait une direction perpendiculaire à la grande courbure, et parallèle aux vaisseaux. Telle fut la pratique de Jaboulay (3) (observ.

(1) Lucke, *loc. cit.*

(2) Lauenstein, *loc. cit.*

(3) Jaboulay, *loc. cit.*

CCX.CCXI.CCXII). Il obtenait ainsi une ouverture dont les lèvres avaient plus de tendance à rester béantes. On saisit immédiatement les conséquences d'une pratique semblable. Dans l'incision parallèle, lorsque les muqueuses sont tuméfiées, les lèvres de l'orifice gastro-intestinal s'appliquent l'une contre l'autre, il ne restera plus qu'un orifice linéaire qui, en réalité, sera un orifice virtuel, ne permettant le passage des aliments et des liquides que lorsque le gonflement de la muqueuse aura disparu.

On évite en partie cet accident en établissant des incisions perpendiculaires l'une à l'autre, mais ici encore, l'orifice gastro-intestinal aura une forme linéaire et les mêmes accidents pourront survenir. M. Villar (1) pour éviter les inconvénients de l'orifice linéaire signalés par Jaboulay, a enlevé sur l'estomac et l'intestin, deux petits lambeaux elliptiques et il a réséqué la muqueuse qui, après suture des séreuses, faisait dans la lumière de l'orifice un bourrelet volumineux. L'hémorrhagie dans ce cas, peut être facilement arrêtée par les sutures elles-mêmes.

Il importe donc de créer un orifice de communication large et dont le bon fonctionnement soit assuré. Il ne faudra pas craindre d'inciser les deux viscères sur une étendue de 5 à 6 centimètres et même au-delà, car l'orifice gastro-intestinal tend à se rétrécir. Ce rétrécissement a été observé après la résection des deux lambeaux elliptiques faits par Villar.

(1) Villar, *loc. cit.*

2° A quel moment faut-il inciser les viscères et lequel des deux faut-il inciser d'abord ? — Ces questions ont leur importance. Primitivement, et telle a été la pratique générale en Allemagne, on incisait les viscères et on appliquait les points de suture. Aujourd'hui, on tend à accepter la manière de faire de Roux et de v. Hacker. On place d'abord une ou deux rangées de sutures séro-séreuse sur la portion qui deviendra la face postérieure de la plaie; on place même quelques points de suture d'attente qui ne seront serrés que lorsque les viscères seront incisés. C'est là, croyons-nous, la manière de faire la plus avantageuse. M. Gross l'a employée dans ses deux opérations de gastro-entérostomie.

Quant à savoir quel est le viscère qu'il faut inciser tout d'abord, la question n'est pas tranchée; d'après les observations que nous avons recueillies, il semble indifférent d'inciser l'un ou l'autre d'abord, mais la pratique la plus généralement adoptée, a été celle d'ouvrir l'estomac en premier lieu. Quelques opérateurs, après Roux de Lausanne et v. Hacker recommandent l'incision des viscères en deux temps. Cette pratique a été suivie en France par MM. Heydenreich, Doyen, Michaux et Gross. Ces auteurs ont incisé d'abord la séreuse et la musculuse au bistouri, puis ils ont sectionné la muqueuse au thermocautère.

On a dit que cette manière de faire compliquait inutilement l'opération, et qu'elle n'était pas toujours possible. M. Monod dit que sur le cadavre, il a pu faire l'incision de l'estomac en deux temps, grâce à l'épaisseur des tuniques de cet organe, mais il n'a pu exécuter la même manœuvre sur l'intestin. Il est de notoriété en chirurgie, qu'il est plus facile de diviser séparément les tuniques de l'intestin sur

le vivant, qu'on ne le ferait sur le cadavre. Tel est du moins l'avis qui nous a été donné par M. Vautrin. Dans nos expériences, il nous a été difficile de n'inciser que la musculo-séreuse, sans intéresser la muqueuse de l'intestin, tandis que sur l'estomac, nous avons pu pratiquer très facilement l'incision en deux temps.

3° **Mode d'incision.** — Faut-il inciser aux ciseaux, au bistouri, au thermocautère? L'incision faite avec les ciseaux ou le bistouri est plus franche, plus nette, mais elle expose à des hémorrhagies considérables qui nécessitent la ligature de plusieurs artérioles et veinules. Au reste, nous ne la croyons pas toujours prudente, et tel fut aussi l'avis de M. Gross. La muqueuse turgescente boursouflée, que M. Gross a eu sous les yeux lors de sa deuxième opération (obs. CCXXII), ne l'invitait pas à sectionner ce tissu au bistouri. Il s'est servi du thermocautère qui assurait l'hémostase au fur et à mesure qu'il pratiquait la section. La section au thermocautère a sans doute le grave inconvénient de donner une plaie moins nette et moins franche, dont les bords, destinés à se sphaceler, peuvent déterminer une hémorrhagie secondaire; mais elle est très avantageuse lorsque les muqueuses sont enflammées: elle évite au chirurgien la peine de placer de nombreuses ligatures, qui elles aussi peuvent céder et produire des hémorrhagies secondaires. Du reste, l'hémorrhagie secondaire, redoutée lorsque l'on se sert du thermocautère, n'a jamais été observée (Heydenreich, Doyen, Michaux et Gross, ont employé ce mode d'incision), tandis que nous avons à signaler dans nos observations un cas de mort survenu à la suite d'une hémorrhagie de la plaie de l'es-

tomac, quelques jours après l'opération, après section des viscères au bistouri (Rydygier, obs. XI).

Nous croyons donc que la manière de faire des chirurgiens français, incision en deux temps, et incision au thermocautère est la plus avantageuse, tant au point de vue opératoire qu'au point de vue de la garantie qu'elle offre contre la possibilité d'une hémorrhagie.

c) *Réunion de l'estomac et de l'intestin.*

1° **Procédés de suture à plans superposés.** — Les sutures employées pour réunir l'intestin à l'estomac sont excessivement variées. On a employé tantôt les sutures à points séparés, tantôt les sutures continues; mais d'une façon générale, tous les chirurgiens ont fait trois rangées de sutures : l'une muqueuse, les deux autres séro-muscleuses et séreuses. Au lieu de faire les deux étages de sutures séreuses séparément, on les a faites du même coup par les points de Gussenbaur.

Wœlfler (1) a fait une double suture de la muqueuse et de la séreuse au moyen de sutures de Lembert, modifiées par lui. Lücke (2) réunit les lèvres des deux ouvertures au moyen de sutures muqueuses continues et de sutures de Lembert faites à la soie. Rydygier (3) suture d'abord le bord postérieur de la plaie de l'intestin, au moyen d'une suture de Kurschner, qui intéresse la musculo-séreuse à la manière d'une suture de Lembert, puis il incise

(1) Wœlfler, *loc. cit.*

(2) Lucke, *loc. cit.*

(3) Rydygier, *loc. cit.*

le pli stomacal, il place un deuxième étage de sutures de Kurschner, qui réunissent les bords postérieurs de l'estomac et de l'intestin. Puis il établit une suture de Czerny en avant, ainsi qu'une suture de Kurschner; enfin, il place une troisième rangée de sutures à la manière de Czerny, mais à points séparés au niveau des bords antérieurs de la plaie. Le bord postérieur de l'orifice gastro-intestinal était donc réuni au moyen de deux rangées, tandis que le bord antérieur en portait trois.

Hahn (1) pratique une suture muqueuse continue, une suture musculo-séreuse continue à la manière de Czerny et une suture circulaire continue de Lembert.

Von Hacker (2) réunit la muqueuse de l'estomac et de l'intestin au moyen d'une suture continue, puis établit une suture séro-musculaire et enfin quelques points de Lembert superficiels.

Pozzi (3) a employé la suture à points séparés, il ne fait point de suture muqueuse. Il pratique une suture séro-musculaire, de telle sorte que du côté des lèvres postérieures de la plaie les nœuds sont noués du côté de la cavité, sur les lèvres antérieures, les nœuds sont noués à l'extérieur, il a ainsi placé 60 points. Les chefs de fil sont conservés et servent de moyen de traction et de tension. Il a pratiqué ensuite 12 points de suture de Lembert, à un 1/2 centimètre en dehors de la première rangée et ne comprenant que la séro-musculaire et servant de soutien et d'af-

(1) Hahn, *Berliner Klin. Wochens.*, n° 51 1892.

(2) Von Hacker, *loc. cit.*

(3) Pozzi, *Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie* 1889, 17 Juillet.

frontement pour les lèvres de la plaie. M. Heydenreich (1), dans son opération, a placé 26 points de suture de Lembert, à la soie bouillie.

M. Terrier (2) fit un premier plan de sutures séparées séro-séreuses réunissant les deux parois, celle de l'estomac et de l'intestin, sur une longueur de 11 à 12 centimètres. Une autre série de sutures presque parallèle à la précédente, mais convergeant vers elle à ses extrémités fut placée (sutures toujours séparées), d'un côté sur l'estomac, de l'autre sur l'intestin. Cette suture ne fut point serrée. Il maintient les extrémités de chaque fil par des pinces à force-pressure. Il ouvre alors l'intestin au bistouri dans une étendue de 3 à 4 centimètres, puis il incise l'estomac, suture la muqueuse stomacale à la muqueuse de l'intestin, au moyen de points séparés, placés d'abord du côté de la suture déjà pratiquée et serrée ; puis il suture l'autre lèvre qui correspond à la suture d'attente. Il serre ensuite la rangée de suture séro-séreuse déjà placée. L'épiploon placé au-dessus de la suture vers la grande courbure de l'estomac et déjà sectionné pour pénétrer en arrière de lui est fixé sur la suture gastro-intestinale à l'aide de quelques fils de soie, elle vient renforcer cette suture.

M. Schwartz (3) fixe l'estomac et l'intestin en regard l'un de l'autre au moyen de pinces érigées de Chaput (4). Il place deux plans de sutures séro-séreuses entrecoupées

(1) Heydenreich, *loc. cit.*

(2) Terrier, *Bullet. et mém. de la Société de chirurgie*, 1892, p. 636.

(3) Schwartz, *loc. cit.*

(4) Chaput, *Technique et indication des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires*, 1891.

à la soie n° 0. Il incise l'intestin à 3 millimètres des deux plans séro-séreux, puis il procède à l'incision de l'estomac ; suture séro-musculo-muqueuse des deux lèvres inférieures et des deux lèvres supérieures. Enfin deux plans séro-séreux sur la lèvre supérieure. En somme, Schwartz a pratiqué 90 points de suture 30 par plan.

M. Reclus (1) a suivi en tout point la technique de M. Chaput que nous exposerons plus loin.

M. Michaux (2) place un premier étage de sutures séro-séreuses à la soie et à points séparés, plus en dedans un deuxième étage en surjet avec deux fils différents pour que la suture ne se défasse pas en entier si un point venait à céder, puis il place sans les serrer deux rangées de sutures antérieures et inférieures, l'une en surjet, l'autre à points séparés, puis incision au thermocautère de l'intestin et de l'estomac ; il réunit ensuite les muqueuses par un ou deux points.

M. Delagenière, du Mans (3), place une première rangée de points de sutures musculo-séreuses à la manière de M. Terrier (11 fils entrecroisés). Ces 11 fils sont repassés dans les parties correspondantes de l'intestin. Il noue tous les fils ainsi placés de bas en haut et termine par un fil en bourse placé aux 2 extrémités. A cinq millimètres de cette première rangée, il place un deuxième rang de sutures séreuses en surjet, en arrêtant son surjet tous les

(1) Reclus, *loc. cit.*

(2) Michaux, *loc. cit.*

(3) Delagenière, *Arch. prov. de Chirurgie* (juillet 1892).

2 ou 3 points et en plaçant aux deux extrémités 2 fils en bourse; puis incision de l'intestin et de l'estomac. Surjet à points serrés séro-muqueux et en arrêtant tous les 2 points. Il continue le surjet circulairement, il ferme la boutonnière en ayant soin de bien renverser la muqueuse en dedans et par endroits en en excisant les parties exubérantes. Par-dessus cette rangée muqueuse il place deux rangs séreux à suture de Lembert en surjet.

M. Villar(1) suture d'abord les deux lèvres inférieures au moyen d'une suture de Lembert à 2 points, il excise ensuite et gratte avec la curette de Volkmann les bourrelets tomenteux de la muqueuse, il assure ensuite la coaptation des muqueuses au moyen d'un surjet. Il suture les lèvres supérieures et se sert pour cela du procédé de Chaput : suture par abrasion de la muqueuse. Il adosse ensuite la séreuse à elle-même par des sutures de Gussenbaur.

M. Jaboulay (2) dit que le procédé qui lui paraît le meilleur et le plus expéditif est celui dit des deux boutonnières. On fait un premier plan de suture sur les séreuses des deux lèvres postérieures, un deuxième sur les deux muqueuses de ces mêmes lèvres, un troisième sur les muqueuses des lèvres antérieures, un quatrième enfin sur les séreuses de celles-ci. Je fais, dit-il, pour le premier et le quatrième plan des sutures de Gussenbaur. Pour ne pas faire le retournement des anses, ce qui serait compliqué,

(1) M. Villar, *loc. cit.*

(2) Jaboulay, *loc. cit.*

et difficile, on passe les fils des lèvres postérieures de l'intérieur à l'extérieur.

M. Doyen, de Reims (1), emploie la suture, en surjet tant pour la suture muco-muqueuse que pour les sutures séro-séreuses. Mais il a modifié le surjet ordinaire de telle sorte que pour tous les 3 ou 4 points le fil est arrêté en repassant l'aiguille au travers du point précédent. « Ce procédé a l'avantage d'être d'une exécution rapide, de donner un affrontement parfait et de ne laisser en saillie dans le péritoine qu'un seul et unique nœud.

Postnikow (2), enfin, pour éviter l'écoulement des matières dans le champ opératoire, a fait subir à la suture telle qu'elle est pratiquée, une modification assez importante. Son incision sur l'estomac et l'intestin n'intéresse que la séreuse et la musculuse. Il attire alors la muqueuse au centre de la plaie à l'aide d'une pince hémostatique et y fait une ligature en bourse très serrée. Il réunit alors musculuses et séreuses par les procédés ordinaires. Au bout du 5^e ou 6^e jour, les muqueuses tombent avec leurs fils. La fistule s'établit ainsi spontanément, mais seulement au moment où les séreuses sont bien accolées l'une à l'autre et ne permettent plus l'écoulement des matières dans le péritoine.

Quelques auteurs anglais se sont servis pour établir la suture séro-musculaire du point de Halsted. Elle est une modification ingénieuse du point de Lembert. Elle a pour

(1) Doyen, *loc. cit.*

(2) Postnikow, *Die Zeizeitige gastro-enterostomie*. Moscou, — *Centralbl. f. Chirurgie*, n° 49, 1892.

avantage d'atténuer le retroussement interne des tuniques et partant le rétrécissement du calibre intestinal. Halsted fait passer le fil par la séreuse d'un côté puis par la séreuse de l'autre, comme le fait Lembert, mais à ce moment, au lieu de nouer son premier point il repasse avec le même fil par la séreuse du deuxième côté, puis par la séreuse du premier côté et noue ainsi les deux chefs devenus parallèles. Nous avons donc d'un côté une anse, et de l'autre côté les deux chefs noués. Nous avons cherché à modifier cette suture et à en faire une suture continue, et au lieu de nouer tous les deux points, nous continuons à repasser le fil dans le deuxième côté, puis nous passons le fil dans l'anse formée précédemment et ainsi de suite. Cette suture a l'avantage sur la suture continue ordinaire de ne pas interposer entre les surfaces séreuses le fil qui se trouve dans le surjet.

Telle est la grande pratique suivie par les chirurgiens qui ont exécuté la gastro-entérostomie. Nous ne nous arrêterons pas à la question de savoir s'il vaut mieux employer le catgut ou la soie, nous nous contenterons de dire que l'un et l'autre ont été employés, mais la plupart des opérateurs ont recours généralement à la soie. Les auteurs anglais, cependant, se servent de préférence du catgut à l'acide chromique. Pour avoir une idée nette de tous ces procédés de suture, nous donnerons la pratique qui nous paraît être la meilleure et qui est celle suivie par M. Gross dans ses deux opérations. Elle s'éloigne un peu de la pratique recommandée par M. Chaput (1), dans

(1) Chaput, *loc. cit.*

son petit traité de technique opératoire. — Voici les différents temps que l'on peut distinguer dans le procédé de sutures employé par M. Gross :

1^{er} TEMPS. — Sutures séro-séreuses sur une longueur de 7 à 8 centimètres, au moyen d'un étage de sutures de Lembert.

2^e TEMPS. — Un deuxième étage de sutures séro-séreuses au devant du premier : suture en surjet arrêté tous les 2 ou 3 points.

3^e TEMPS. — Incision de l'estomac et de l'intestin. Ces incisions doivent avoir 7 à 8 centimètres et être faites au bistouri.

4^e TEMPS. — Faire l'hémostase provisoire de la muqueuse stomacale et intestinale des lèvres postérieures. On réunit les deux bords muqueux par un certain nombre de sutures enchaînées qui assurent en même temps l'hémostase. Ce mode de réunion diminue considérablement l'étendue de l'incision des muqueuses, il faut faire à droite et à gauche des débridements secondaires qui seront suturés de la même façon.

5^e TEMPS. — Suture et hémostase de la muqueuse des lèvres antérieures, au moyen de sutures en bourse de Malgaigne. Surjet séro-séreux arrêté tous les deux ou trois points ; enfin troisième plan séro-séreux, formé par des sutures de Lembert.

6^e TEMPS. — On peut encore placer des fils de sûreté à chaque extrémité de l'incision.

Nous avons vu les soins qu'apportent les chirurgiens pour assurer le bon fonctionnement de la fistule gastro-intestinale, nous avons vu les précautions qu'ils emploient pour assurer la solidité de la suture et éviter la péritonite toujours mortelle. Ils ne craignent pas de placer jusqu'à 70 et 90 points de suture et des sutures par étage pour assurer le succès de l'opération.

Cette intervention longue et pénible qui demande de la part de l'opérateur une patience exemplaire, mais qui à chaque instant menace la vie du malade soumis à une chloroformisation de longue durée, a subi en 1889 un véritable perfectionnement qui, jusqu'à ce jour, n'a pas encore été appliqué en France et qui est couramment employé en Angleterre et en Amérique.

2° **Procédé de Senn.** — Au lieu de suturer péniblement l'estomac et l'intestin, l'opération de Senn consiste à introduire dans les lumières des deux organes, deux rondelles d'os décalcifié, armées chacune de quatre fils de soie ou de catgut qu'il suffit de nouer deux à deux pour assurer la coaptation parfaite des deux orifices.

M. Jesset, (1) partisan convaincu de cette nouvelle pratique, en a donné le manuel opératoire. Avant de décrire le procédé de Senn (2) nous croyons utile d'exposer la préparation des plaques d'os décalcifié qui sont destinées à être introduites dans la lumière de l'intestin et dans celle de l'estomac.

(1) Jesset, *British Medical Journal* 1889, p. 169.

(2) Nicholas Senn, *loc. cit.*

On découpe dans la substance compacte d'un fémur de bœuf à l'état frais, ou dans un tibia du même animal, des rondelles ayant un demi-centimètre d'épaisseur et 6 à 8 centimètres de long ; on les décalcifie dans une solution d'acide chlorhydrique à 10 %, jusqu'à ce que les rondelles soient malléables dans tous les sens, ce qui dure en moyenne 3 à 5 semaines. Après la décalcification, on les plonge dans une solution faible de potasse caustique pendant très peu de temps, afin de neutraliser l'excès de la solution chlorhydrique. On dessèche les rondelles avec du papier buvard, on les presse les unes sur les autres, on y découpe une ouverture centrale, on les perfore de quatre trous ayant la grosseur d'une tête d'épingle, et on passe des fils au travers de ces ouvertures.

L'expérience a démontré à l'auteur que l'assèchement des plaques doit être évité et qu'il est même nuisible en ce sens que les lames osseuses augmentent deux et trois fois de volume lorsqu'elles sont mises en contact avec le suc gastrique et le suc intestinal, d'où possibilité de gangrène qui peut se produire sur les parois abdominales interposées entre ces plaques.

Senn recommande pour éviter cet accident de ne plus sécher les plaques, mais de les plonger immédiatement dans un mélange de parties égales d'eau, d'alcool absolu et de glycérine, après les avoir décalcifiées et après avoir neutralisé l'acide en excès. Ainsi préparées les plaques ne se gonflent plus, mais au contraire elles se resorberaient au bout de trois et quatre jours.

Il s'agit maintenant d'armer la plaque. Pour ce faire, on prend un fil ayant une longueur de 63 centimètres ;

chacune des extrémités de ce fil porte une aiguille à coudre et on noue ensemble les deux chefs de ce fil, les aiguilles une fois montées. On a ainsi un fil double qui porte à ses deux extrémités les deux aiguilles et en son milieu le nœud fait tout à l'heure. On place le fil sur la plaque de telle sorte qu'il corresponde au diamètre transversal de la rondelle. Avec un crochet de dame on passe à travers les trous correspondants au diamètre transversal de la plaque et on attire une anse de fil d'un demi centimètre de longueur environ, que l'on fixe à l'aide d'un autre fil passant sous cette anse. Ceci fait, on dédouble le fil au centre de la plaque, on en attire de chaque côté une longueur égale à celle qu'on laisse transversalement, et à l'aide du crochet on fait passer une anse semblable par les trous qui correspondent au diamètre vertical de la plaque ; sous ces anses on fait de nouveau passer le second fil qui devra être lié lorsqu'il aura passé sous les quatre anses. On obtient ainsi un fil circulaire qui se trouve placé à la face inférieure de la plaque. On attire les quatre chefs formés en avant de la plaque qui se trouve ainsi armée.

On incise la paroi antérieure de l'estomac parallèlement à sa grande courbure, on y introduit une rondelle chargée de ses quatre fils, on la fixe dans l'estomac en perforant les tuniques de cet organe de dedans en dehors, au moyen des deux aiguilles, puis au moyen du crochet on attire en dehors les deux autres fils qui ne sont pas chargés, et on les fait passer dans l'orifice de la rondelle. On confie ensuite à un aide l'estomac ainsi attiré.

On incise ensuite l'anse intestinale suivant son grand axe et au côté opposé du mésentère. On introduit dans

l'intestin une deuxième rondelle correspondant exactement à la première. On fixe cette rondelle dans la plaie en perforant l'intestin de dedans en dehors au moyen des aiguilles portant les fils latéraux et l'on fait passer comme précédemment les deux fils qui ne sont pas chargés, au travers de la lumière de la rondelle de l'intestin.

L'aide rapproche ensuite les surfaces des deux rondelles. On noue ensuite les sutures de fixation interne (celles qui portent les aiguilles), puis enfin les sutures de fixation externe. On termine l'opération en plaçant sur les séreuses quelques points de Lembert ou une suture de Kurschner.

Telle est, en quelques mots, la description du procédé de Senn (1). Ce mode de suture paraît très avantageux par la facilité avec laquelle il s'exécute et surtout par la rapidité avec laquelle il permet de pratiquer une opération où toute perte de temps peut être fatale. La gastro-entérostomie, au lieu d'être exécutée en 1 heure ou 1 heure 40, peut être facilement terminée en 25 ou 30 minutes.

Mais on a reproché à ce mode de suture de ne donner qu'une coaptation imparfaite; on a accusé les plaques de Senn de produire la gangrène des tuniques intestinales. Aussi, a-t-on cherché à perfectionner l'opération de Senn, et bientôt une foule de procédés et d'inventions nouvelles vinrent au jour et furent mis en pratique.

Senn se contentait d'appliquer l'une contre l'autre les

(1) Dr Roman von Baracz, *Werth der entero-anastomose mittelst Plättchennaht nach Senn*. *Archiv. f. Kl. Chirurgie*, Bd. XLIV 1892, p. 513.

plaques d'os décalcifié, il pensait que le rapprochement des séreuses était suffisant pour assurer une coaptation parfaite, mais il eut quelques insuccès, dûs uniquement au défaut de coaptation de ses plaques.

J. Davis (1) pensa, en s'appuyant sur ses propres recherches, qu'en enlevant l'épithélium des séreuses, on produisait un accolement plus rapide et plus solide de celles-ci. Il se formerait ainsi un exsudat de lymphoplastique, qui serait l'agent essentiel de la coaptation des séreuses. Cet auteur fit des expériences comparées sur des chiens. Dans chacune de ses expériences, il traita les surfaces séreuses d'une façon différente. Dans l'une d'elles, il laissa les séreuses intactes ; dans la seconde, il les scarifia au moyen d'une aiguille aseptique ; dans une troisième, il gratta l'épithélium au moyen d'un bistouri ou d'une curette tranchante. Dans la première expérience, l'exsudat plastique était très peu accusé, plus accusé dans le deuxième cas, et très accusé dans le cas où l'on avait gratté l'épithélium de la surface séreuse et douze heures après l'expérience, l'accolement des séreuses était déjà si fort que lors des essais qui furent faits pour les séparer, on les déchira. Roman von Baračz (2) s'est servi du scapel pour la scarification des séreuses ; jamais il n'a observé d'accident à la suite de cette manœuvre. Au contraire, d'après lui, cette manœuvre est très avantageuse : l'accolement des deux viscères était fait 24 heures après l'opération. Cet au-

(1) J. Davis, *An. experimental study of. intestinal anastomosis The Times and Register, Philadelphia*, vol. XX, 594. January, 25 1890, p. 74, etc.

(2) Roman von Baračz, *loc. cit.*

teur ajoute que lors de l'autopsie des chiens gastro-entérostomisés, on trouve à l'endroit de l'anastomose un épaississement remarquable des parois de l'estomac et de l'intestin, ayant à peu près la grosseur « d'un œuf de pigeon ».

Roman von Bárácz (1) a eu l'occasion d'appliquer son procédé de scarification de la séreuse dans l'observation que nous avons rapportée et qui fut couronnée de succès. Mais il faut ajouter que cet auteur réunit en outre les lèvres postérieures des muqueuses par une suture de Kurschner et qu'il place une suture semblable sur les séreuses. Abbe (2) propose au lieu des plaques d'os décalcifié, des rondelles de catgut. Il leur reconnaît pour avantage leur confection facile ; on peut les fabriquer de toute taille ; et surtout il reproche aux plaques d'os de déterminer une obstruction intestinale quand elles ne sont pas bien décalcifiées tandis que le catgut est facilement résorbable. Les rondelles de catgut ont été expérimentées par M. Burney (3) dans une gastro-entérostomie qu'il fit pour un cancer du pylore ; son malade mourut douze heures après l'opération.

Le Dr Weir (4) se sert également des anneaux de catgut préconisés par Abbe ; il obtint deux succès. Manly (5) et Bull (6) ont également employé les anneaux de Abbe,

(1) Roman von Baracz, *Seine originale Mittheilung. in Centralbl. f. Chirurgie*, 1892, n° 27, p. 575.

(2) Abbe, *New-York Méd. Journal*, Marsh, 29, 1889.

(3) Burney, cité par Abbe, *Medical News*, June 1, 1889.

(4) Weir, *Medical News*, Décembre 14, 1889 et *New-York, Medical Record*, 1889.

(5) Manly, *New-York Medical Journal*, 19 avril, 1890.

(6) Bull, *New-York Medical Record*, 19 avril, 1890.

Rudolf Matas (1) remplaça le catgut par des cordes à violon (Basset-Saiten). Plus tard, Matas (2) recommanda d'employer des sutures avec des fils qui servent à tendre les tambours (drum snare). Le procédé de Matas n'est pas encourageant ; sur deux opérations, deux insuccès.

Roman von Baracz a expérimenté les anneaux de Matas dans une expérience faite chez le chien, il ne put introduire les anneaux dans l'intestin et fut obligé de terminer l'opération par des sutures de Lembert. S'appuyant sur ce fait, il vit que les anneaux de Matas ne peuvent servir dans les expériences, puisque même les plus petits anneaux n'ont pu être introduits dans la lumière de l'intestin. Il a pu se convaincre que ces anneaux ne peuvent s'introduire dans l'intestin même chez de gros chiens à cause de l'épaisseur de la muqueuse intestinale, mais il a pu constater que ces anneaux étaient très pratiques sur le cadavre de l'homme et que leur introduction facilitait l'application de la suture de Lembert.

Brokaw (3) recommanda des anneaux qui étaient composés de tubes en gomme et de fils de catgut qui en remplissaient l'intérieur.

Benjamin Schimmell, de Philadelphie, expérimenta les anneaux de Brokaw et il les préféra aux anneaux d'Abbe. Carson (4) employa les anneaux de Brokaw dans

(1) Matas, *New-Orléans, Medical and Surgical Journal*, juillet, 1889.

(2) Matas, *New-Orléans, Medical and Surgical Journal*, août 1890, vol. XVIII, n° 2.

(3) Brokaw, *International Journal of Surgery*, novembre 1889.

(4) Carson, *Brokaw International Journal of Surgery*, novembre 1889.

un cas de gastro-entérostomie pour carcinome du pylore.

Tuholske (1) les employa dans un cas de pylorectomie combinée à la gastro-entérostomie ; son malade mourut.

J. Davis (2) recommande les nattes et les plaques de catgut. Il les a employées 79 fois chez le chien avec succès, mais il eut deux insuccès dans deux cas de gastro-entérostomie pratiqués chez l'homme.

Penrose, (3) de Philadelphie, préconisa des plaques de gomme molle.

Plus tard, on se servit de drains et de catgut et enfin, Brokaw (4) préconisa les artères de bœuf.

M. Matignon (5) pensant que la préparation des plaques d'os décalcifié étant longue et difficile et surtout que les disques une fois noués les fils devaient s'interposer entre les deux séreuses, a essayé de pratiquer l'anastomose gastro-intestinale au moyen de disques en corne perforés de quatre trous destinés à livrer passage à des fils de catgut. Sur l'un de ces disques, les orifices n'admettent le fil de catgut qu'à frottements durs, sur l'autre disque, au contraire, le fil de catgut replié en forme d'anse joue parfaitement dans leur lumière. Le procédé de suture qu'il emploie a pour but de serrer à la fois les huit fils et d'amener du même coup la coaptation des deux surfaces séreuses sans interposition des fils.

(1) Tuholske, *Médical News*, May 10, 1890.

(2) J. Davis, *The Times and Register of New-York and Philadelphia*, 25 janvier 1^{er} février, 1890 ; *Annals of Gynecologie*, août, 1889 ; *New-York Medical Record* 30 novembre, 1889.

(3) Penrose, *Médical News*, May 8, 1889.

(4) Brokaw, *Médical News*, loc. cit.

(5) Matignon, *Communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, séance du 2 décembre 1892.

Mayo Robson (1) propose l'emploi de bobines d'os décalcifiés pour maintenir béant l'orifice gastro-intestinale. M. Péan (2) (obs. CC) avait déjà employé ce procédé dans une gastro-duodénostomie.

Nous avons hâte de terminer cette énumération fastidieuse qui démontre avec quelle ardeur on cherche à trouver le moyen le plus expéditif de réaliser la gastro-entérorraphie, l'entéro-anastomose en général et la gastro-entérostomie en particulier.

Nous nous contenterons de signaler l'idée originale de Roman von Baračz (3) ; il a employé au lieu de plaques d'os décalcifié, des tranches de chou-navet (Kohlrübenplatten) pour établir l'anastomose gastro-intestinale. C'est lui, le premier, qui ait eu le courage de pratiquer sur le continent européen la méthode de Senn, modifiée d'une façon aussi ingénieuse.

Nous avons rapporté son observation complètement, pensant que cette tentative heureuse persuadera nos chirurgiens à avoir plus de confiance dans une innovation qui paraît étrange au premier abord, mais qui a un succès complet à son actif.

Tels sont les nombreux moyens qui ont été employés pour pratiquer la gastro-entérorraphie. Nous n'avons pas à discuter ici leur valeur, ce serait discuter la valeur même

(1) Mayo Robson, *Royal Medical and Surgical society*, février 1891 ; idem : *Semaine médicale*, 7 décembre 1892.

(2) Péan, *De l'ablation des tumeurs de l'estomac par la gastrectomie*, *Gaz. des Hôpitaux*, n° 60, 1879. — *Bullet. et Mém. de la Société de chirurgie*, 1890.

(3) Roman von Baračz, *Kohlrübenplatten bei der Senn'schen Plattendarmnaht*. *Arch. f. Kl. Chirurgie*, XLIV, p. 580. — *Centralbl. f. Chirurgie*, 1892, n° 27.

de la gastro-entérostomie. Nous dirons seulement que la suture à points séparés est longue à placer, qu'il faut reviser avec soin chaque point et ne pas craindre de placer des points supplémentaires.

La suture continue est plus rapide, mais elle est dangereuse et peut compromettre le résultat de l'opération lorsqu'un fil a coupé. La modification employée par Jaboulay et Doyen, c'est-à-dire la suture de Defontaine qui consiste à arrêter le fil chaque deux ou trois points est heureuse, elle assure la rapidité de la suture en même temps que sa solidité. En tout cas, il faudra toujours employer la suture par étage et il faudra placer au moins trois plans de suture : un plan de suture muco-muqueux, un plan muco-musculaire et un troisième plan musculo-séreux. On pourra à l'exemple de Jaboulay ne pratiquer que deux plans à condition d'employer pour les deux derniers plans la suture de Gussenbaur.

Quant à la suture de Senn, nous croyons qu'il est bon d'assurer la coaptation exacte des plaques, en plaçant une suture muco-muqueuse sur les faces postérieures des lèvres de la plaie, ou encore de placer une suture muqueuse circulaire de Kurschner. On pourra également placer une suture de Kurschner superficielle ou quelques points séreux à la manière de Lembert.

4^e TEMPS. — *Opération complémentaire* — Avant de quitter le manuel opératoire, nous avons encore à parler d'une opération complémentaire que certains auteurs ont ajoutée à la gastro-entérostomie. Nous avons vu comment on établissait la fistule gastro-intestinale, nous avons vu

la direction que l'on donnait à cette fistule et à l'intestin, de façon à éviter le reflux de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac. Cet accident s'est reproduit malgré toutes ces précautions. Ainsi, Lauenstein (1), qui avait eu principalement à lutter contre cet accident, pensa que, théoriquement, on pourrait empêcher le reflux de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac en établissant une anastomose entre la première partie du jéjunum et une anse d'intestin grêle quelconque. Cette opération ne prend que peu de temps puisqu'on la fait avec des sutures continues. Jaboulay (2) a exécuté cette opération (obs. CCXII), il a anastomosé la partie de l'anse jéjunale sous-jacente à l'ouverture stomacale avec la troisième partie du duodénum. « Cette anastomose, dit cet auteur, nous paraît le complément à peu près nécessaire d'une bonne gastro-entérostomie. Les aliments arrivent à s'accumuler dans le duodénum en y pénétrant soit par l'orifice pylorique, soit par la partie supérieure de l'anse jéjunale. D'où, distension progressive, arrivant à être considérable de cette portion de l'intestin grêle et compression des anses voisines avec signes d'obstruction intestinale ou vomissements par retour dans l'estomac, par les voies précédentes, mais parcourues en sens inverse ; pour prévenir cette accumulation nous proposons de faire de propos délibéré l'anastomose jéjuno-duodénale. »

Ce procédé n'est admis que par un petit nombre de chirurgiens et il a été condamné comme inutile et dange-

(1) Lauenstein, *loc. cit.*

(2) Jaboulay, *loc. cit.*

reux par MM. Reclus (1) et Terrier (2). « Si nous insistons sur ce point, dit M. Reclus, c'est que nous considérons comme dangereuse cette deuxième anastomose entre le jéjunum et le duodénum, car ce n'est pas une mince affaire que de prolonger le temps de l'intervention lorsqu'on sait le rôle important du shock opératoire dans les opérations qui portent sur l'intestin. »

Les autres modifications ajoutées au manuel opératoire qui ont été proposées ont pour but d'éviter le reflux de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac. Courvoisier (3) préconise la formation d'une valvule au niveau de l'orifice gastro-intestinal; il incise l'estomac et l'intestin de telle sorte que l'orifice stomacal soit plus petit que l'orifice intestinal. Il suture l'intestin de telle sorte, qu'une portion de la plaie intestinale corresponde à une portion non ouverte de la paroi de l'estomac; il se formerait ainsi une valvule qui a pour mission d'empêcher le reflux de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac.

Von Hacker (4) proposa et exécuta la modification suivante. Il rétrécit le bout supérieur en refoulant vers en dedans les tuniques de l'intestin qu'il fronce. Au sommet des plis ainsi formés, il place quelques sutures sereuses. De sorte que si l'on faisait une coupe de l'intestin ainsi froncé, on aurait sous les yeux une sorte de rosette. Cette modification a pour but d'éviter au malade, au moins

(1) Reclus, *loc. cit.*

(2) Terrier, *loc. cit.*

(3) Courvoisier, *loc. cit.*

(4) Von Hacker, *Wien. Klin. Wochens*, n° 16-17 nov. 1892, p. 662.

pendant les premiers jours qui suivent l'opération, le reflux des gaz, du suc pancréatique et de la bile.

Rockwitz dans son mémoire insiste beaucoup sur la manière dont il faut placer le bout supérieur et le bout inférieur après avoir établi l'anastomose et il recommande à ce sujet la pratique de Lücke qui consiste à placer toujours le bout inférieur de telle sorte que ses mouvements péristaltiques se fassent dans le même sens que ceux de l'estomac. D'autres auteurs ont rattaché par quelques points le bout supérieur de l'anse à l'estomac afin d'éviter la formation de l'éperon, d'autres encore ont suturé non seulement le bout supérieur à l'estomac mais encore le bout inférieur.

Ces modifications ne prolongent pas l'opération de beaucoup et nous croyons qu'elles peuvent facilement répondre au but que l'on se propose en les établissant, mais elles ne trouvent leur raison d'être que si l'on a recours à la méthode de Wœelfler ; elles nous paraissent inutiles si l'on pratique la méthode de von Hacker.

5° TEMPS. — *Fermeture de l'abdomen.* — *Réunion des parois.* — Lorsque les sutures sont placées, il ne reste plus qu'à procéder à la fermeture de l'abdomen. Ce temps de l'opération en diffère en rien de celui de toute laparotomie. Qu'il nous suffise de dire que le péritoine sera fermé au moyen d'une suture en surjet faite à la soie et que les parois de l'abdomen devront être fermées par des sutures en étages.

A la clinique de M. le professeur Gross il est d'usage courant de se servir du crin de Florence pour fermer

l'abdomen. L'aiguille de Reverdin, droite ou courbe devra intéresser tous les plans de l'abdomen et chaque point sera placé à une distance de deux à trois centimètres du suivant. Entre ces points, on placera quelques points superficiels destinés à assurer l'affrontement des lèvres de la plaie.

Plusieurs opérateurs ont éprouvé certaines difficultés pour maintenir affrontées les deux lèvres de la plaie abdominale. Cette difficulté s'est produite également dans la deuxième opération pratiquée par M. Gross. Mais dans le cas particulier, elle reconnaît une cause spéciale : l'opéré avait subi quelque temps auparavant une laparotomie médiane pour pyloroplastie. Il en était résulté une cicatrice linéaire sur laquelle avait porté l'incision nouvelle, et les lèvres de celle-ci, amincies et formées d'un tissu scléreux peu vasculaire, se prêtaient mal à une réunion par première intention. On dut placer le dixième jour quelques fils d'argent pour permettre un affrontement aussi parfait que possible.

En général plusieurs facteurs interviennent pour retarder la cicatrisation : mouvements inévitables imprimés à la région épigastrique par la respiration, état d'inanition habituelle des opérés toujours défavorable aux procédés de réparation, etc.

Pansement. — Nous n'avons que quelques mots à ajouter relativement au pansement. Il faudra exercer une légère compression et maintenir le malade dans une immobilité absolue. On saupoudre la plaie d'iodoforme, on applique une lamelle de gaze iodoformée, quelques

couches de coton salicylé et un bandage de flanelle. Telle est la pratique qui est employée à la clinique de M. le professeur Gross. D'autres auteurs se contentent d'appliquer un peu de gaze antiseptique. Peu importe, pourvu que l'immobilisation et l'antisepsie soient parfaites.



CHAPITRE IV

Accidents opératoires.

Les accidents opératoires de la gastro-entérostomie sont ceux de toute laparotomie, et, de plus, il en est qui lui sont spéciaux, tels que l'hémorrhagie au moment des incisions viscérales et irruption du suc gastrique et des matières intestinales dans le péritoine.

Au moment où l'on incise l'estomac et l'intestin, on peut se trouver en présence d'une muqueuse plus ou moins turgescente, en sorte qu'il sera nécessaire de combattre des hémorrhagies sérieuses. Il est de toute nécessité d'assurer l'hémostase avant de placer les sutures. C'est surtout du côté de l'estomac que l'*hémorrhagie* est le plus à redouter, il sera nécessaire d'appliquer quelquefois une ou plusieurs ligatures. Nous avons déjà signalé le cas de Rydygier (obs. XI), qui perdit un de ses malades le quatrième jour, à la suite d'hémorrhagie de la plaie stomacale. Nous pouvons y ajouter celui de Weir (obs. CLVI), où le malade mourut d'hémorrhagie le troisième jour. Pour éviter en partie cet accident, nous proposons d'inciser l'estomac non point parallèlement, mais perpendiculairement à ses courbures, autrement dit parallèlement aux rameaux de l'artère gastro-épiploïque. Cependant l'hémorrhagie, lorsqu'elle n'est point considérable, s'arrête facile-

ment après l'application des sutures et, de tous les moyens qui nous paraissent les meilleurs pour nous mettre à l'abri de cet accident, celui que nous proposons est l'incision au thermocautère. Sans doute, on nous objectera les hémorrhagies secondaires possibles, mais elles n'ont jamais été signalées jusqu'à présent.

Un second accident opératoire, mais qu'il est facile d'éviter lorsque toutes les précautions préopératoires ont été prises, c'est l'irruption *du suc gastrique et du suc intestinal dans le péritoine*. Nous avons vu que les auteurs avaient coutume de vider par expression la portion d'intestin destinée à être anastomosée ; et, d'autre part, ils faisaient maintenir par les mains d'un aide l'estomac, pincé de telle façon que tout écoulement de liquide était impossible. Malgré cela, ce n'est pas une précaution excessive de garnir la portion péritonéale du champ opératoire, au moyen de compresses antiseptiques et d'éponger rigoureusement le liquide qui a pu s'échapper. On évitera ainsi toute chance d'infection et tout danger de péritonite.

Nous ne parlerons que pour mémoire d'autres accidents pouvant survenir au cours de l'opération, tels que hémorrhagies survenus lorsque l'on cherche à détruire quelque adhérence, comme ce fut le cas pour un opéré de Salzer (obs. XLI), où il se produisit une hémorrhagie du ligament gastro-duodénal et dans laquelle cet auteur fut obligé de lier l'artère hépatique. De semblables accidents sont rares dans la gastro-entérostomie et relèvent plutôt, comme nous l'avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique, de la pylorectomie. Quant à l'hémorrhagie redoutée lors de la création de la fenêtre à travers le méso-côlon transverse, elle n'a jamais été observée.

CHAPITRE V

Soins consécutifs.

Les soins post-opératoires sont de la plus haute importance et le succès de l'opération dépend en grande partie de leur bonne exécution. Après l'opération, même dans les cas les plus heureux, les malades sont parfois sous le coup d'un shock profond; la température est abaissée, le pouls est petit et lent, la face est couverte de sueurs froides, les extrémités sont cyanosées. Il importe de relever les malades le plus tôt possible du traumatisme qu'ils viennent de subir. Il faudra, avant tout, les réchauffer et leur prodiguer des stimulants diffusibles, injections d'éther, de caféine, d'huile camphrée, etc. Lorsque le malade s'est relevé du shock opératoire, il faudra assurer l'immobilité complète des viscères, et bien souvent on sera obligé de combattre par les narcotiques les vomissements dus au chloroforme. On se servira pour cela d'injections de morphine, d'opium ou de chloral sous forme de lavements. On ne négligera pas en même temps d'alimenter le malade au moyen de lavements stimulants et nutritifs.

Quand faudra-t-il alimenter le malade par la bouche? Pour répondre à cette question, nous ne saurions mieux faire que de rapporter la pratique des opérateurs.

Wœlfler (1), outre les lavements alimentaires qu'il donne dès le premier jour et plusieurs fois dans la journée, permet à ses malades de prendre des aliments solides dès le huitième jour. Socin (2) a donné à ses opérés une ou deux cuillerées à bouche de lait le deuxième jour ; le cinquième jour il permettait le bouillon, et le neuvième jour la viande rôtie.

Billroth (3) suit une pratique à peu près semblable. le lendemain de l'opération, il donne des aliments liquides, et le huitième jour il permet des aliments solides.

Hahn (4) a soutenu son malade pendant les trois premiers jours au moyen de lavements nutritifs, le quatrième jour seulement il a donné des aliments liquides.

Lücke (5) nourrit ses malades dès le troisième jour avec des aliments liquides et dès le huitième jour avec des aliments solides.

Fritzsche (6) donne des aliments liquides dès le deuxième jour.

Terrier (7) donne du champagne et de l'eau de Vichy à son malade le deuxième jour ; le quatorzième jour seulement son malade prit de la viande et encore, la température qui était à 37° monta jusqu'à ce jour à 39° ; le malade eut des coliques et de la diarrhée et ne put prendre

(1) Wœlfler, von Hacker, *l. c.*

(2) Socin, *l. c.*

(3) Billroth, *loc. cit.*

(4) Hahn, *Berliner Klin. Wochenschrift* n° 51, 1892, id., *Centralb. f. Chirurgie*, 1891, n° 40.

(5) Lücke, *loc. cit.*

(6) Fritzsche, *loc. cit.*

(7) Terrier, *loc. cit.*

des aliments solides qu'un mois seulement après l'opération sans éprouver de douleurs.

M. Reclus (1) commença à donner des aliments liquides dès le troisième jour.

M. Jaboulay (2) donne à ses opérés les trois premiers jours des lavements fortement peptonisés, quatre jours après l'opération il donne du bouillon, du vin d'Espagne, huit jours après du bouillon au tapioca, et quinze jours après seulement de la viande.

Cependant pour son second malade il fut plus hardi et lui donna des aliments liquides le deuxième jour et des aliments solides le sixième jour.

M. Doyen (3) commença à nourrir son malade le quatrième jour.

M. Villar (4) avait donné du champagne à son opéré le jour même de l'opération.

En Angleterre et en Amérique certains chirurgiens n'ont pas craint de faire manger leurs opérés dès le premier jour.

Voici quelle pourrait être, d'après ce que nous avons pu retenir des observations que nous avons présentées la pratique que l'on peut employer.

Les trois premiers jours il faudra soutenir les malades au moyen de lavements nutritifs. Ces lavements devront être répétés 3 à 6 fois par jour.

(1) Reclus, *loc. cit.*

(2) Jaboulay, *loc. cit.*

(3) Doyen, *loc. cit.*

(4) Villar, *loc. cit.*

Il faudra prévenir les vomissements en administrant des petits fragments de glace, ou au besoin des injections de morphine.

Le quatrième jour on pourra essayer de donner au malade du lait, du bouillon. On aura soin d'administrer en même temps des lavements nutritifs.

Le huitième jour on pourra donner à l'opéré de la viande blanche et des aliments solides, mais faciles à digérer.

Nous avons tenu à rapporter en détail la manière dont M. Gross a nourri son opéré (obs. CCXXII). Les trois premiers jours le malade ne prit que des lavements alimentaires, le quatrième jour il prit du bouillon, le dixième jour on lui permit un œuf et ce n'est que le dix-septième jour que le malade put prendre du pain. A partir du jour où les opérés commencent à se nourrir, leur état s'améliore rapidement et au bout de trois semaines généralement ils peuvent suivre le régime de tous les malades.

CHAPITRE VI

Résultats de la gastro-entérostomie

Il ne faut pas oublier que la gastro-entérostomie n'est qu'une opération palliative dans le cas de cancer ; elle est une opération radicale dans le cas de rétrécissement fibreux. Dans le premier cas, nous ne pouvons attendre d'elle que des résultats temporaires, mais qui devront être satisfaisants pour justifier cette intervention. Dans le second cas, au contraire, nous sommes en droit d'espérer une guérison définitive, parce que le processus inflammatoire, cause du rétrécissement fibreux, ne saurait atteindre la nouvelle bouche gastro-intestinale. En effet, les muqueuses stomacale et intestinale suturées se réunissent par première intention et ne subissent pas par ce fait de rétraction cicatricielle ; en outre, la fistule gastro-intestinale détermine la guérison de la gastrite chronique, cause première de l'ulcération et de la sténose consécutive. (Lauenstein, Reclus). Pour bien nous pénétrer de la valeur de cette opération, nous avons à considérer ses résultats immédiats et ses résultats éloignés.

1° Résultats immédiats.

Les accidents post-opératoires sont nombreux. Le plus fréquent et le plus grave d'entre eux est certainement le shock. L'opération dure en général 1 heure, 1 h. 40, 2 h., 2 h. 1/2, dans la méthode de Wœlfler et de von Hacker ; 15, 20, 35 et 55 minutes dans le procédé de Senn. C'est beaucoup demander à un malade affaibli et anémié.

La syncope et la mort par inanition ne sont point chose rare et presque tous les chirurgiens ont eu des insuccès à déplorer pour ce motif. Les vomissements que l'on espérait voir disparaître après l'opération viennent assombrir le pronostic en produisant quelquefois la mort par suite de la désunion d'un point de suture. Kocher et Jesset ont eu à combattre des vomissements fécaloïdes et Lauenstein perdit un de ses malades à la suite de vomissements bilieux incoercibles (obs. L). Nous avons déjà dit que la compression du côlon était un danger inhérent à l'opération de Wœlfler, aussi les accidents de ce genre furent-ils observés dans un cas de Lücke (obs. XVIII) et chez deux opérés de Lauenstein (obs. XLV et LVII).

Après ces accidents, ceux qui sont le plus à redouter sont lapéritonite et la pneumonie. On a signalé encore des parotidites et de l'hypopion, accidents probablement d'origine infectieuse, dans ce cas l'infection a pu se propager par la cavité buccale. La péritonite est due généralement à une faute opératoire, ou à la désunion d'un point de suture qui a permis le passage des liquides intestinaux

dans le péritoine. Lauenstein a perdu deux de ses opérés de mort subite. Chez l'un il s'était produit une hémorragie de l'estomac (obs. LII), chez l'autre une embolie pulmonaire (obs. XLVII). Il faut encore citer l'étranglement interne qui s'est produit chez un opéré de Lücke (obs. XVIII) et chez un opéré de Lauenstein (obs. LVII). Un accident semblable emporta le malade de M. Heydenreich (obs. CCIV). Suivant que la fistule a été établie plus ou moins loin de la région cancéreuse et suivant la marche plus ou moins rapide du néoplasme, la nouvelle bouche peut être envahie par la tumeur et les symptômes de sténose qui avaient disparu pendant quelque temps peuvent se reproduire (Lauenstein, obs. XLIX, LIII et LV ; Brenner, obs. XCV ; Czerny et Rindfleisch, obs. LXVIII et LXXII). La sténose fibreuse du nouvel orifice, le rétrécissement de la fenêtre creusée dans le méso-côlon transverse, accidents possibles, peuvent encore être une cause de mort plus ou moins éloignée. Nous n'insisterons pas sur la cachexie qui est le terme fatal du cancer et qui peut se produire à une époque plus ou moins éloignée suivant la malignité du néoplasme.

Cependant il nous a paru intéressant de déterminer autant que possible quelles étaient les causes de mort les plus fréquentes. Nous n'avons pu faire porter nos recherches que sur 123 observations dans lesquelles les résultats sont nettement indiqués :

La cachexie a été observée 20 fois.

L'inanition et l'étranglement 10 fois.

La péritonite 13 fois.

La pneumonie 6 fois.

L'hémorrhagie de l'estomac ou de l'intestin 3 fois.

La mort subite 2 fois.

En résumé voici d'après leur ordre de fréquence les causes de la mort à la suite de la gastro-entérostomie : cachexie, shock, collapsus, inanition, péritonite, pneumonie, hémorrhagie de l'estomac, mort subite.

Quant à la mortalité générale, elle est assez élevée. Nous avons recherché les statistiques apportées par les différents auteurs et voici les chiffres qu'ils ont donnés : Von Eiselsberg attribue à la gastro-entérostomie une mortalité générale de 54.5 p. 100, Rockwitz de 57.2 p. 100, Lücke de 44,8 p. 100, Lauenstein de 29 p. 100, Charvát de 62 p. 100, Page de 48 p. 100, Hahn de 54 p. 100.

La mortalité générale serait donc en moyenne de 49.1 p. 100, d'après les statistiques présentées par les auteurs. Les 219 observations que nous rapportons, nous donnent une mortalité générale de 53.3 p. 100.

Dans le rétrécissement fibreux, la mortalité est excessivement minime. Le succès opératoire est complet. Ainsi sur 11 observations de rétrécissement fibreux que nous rapportons, nous pouvons compter 10 succès et un seul insuccès ; encore cet insuccès est-il dû à une faute opératoire : un point de suture désuni avait provoqué une péritonite mortelle le septième jour (Lauenstein, obs. L).

Les dangers inhérents à la gastro-entérostomie sont les mêmes pour le rétrécissement et pour le cancer et pourtant nous avons une mortalité opératoire assez élevée pour le cancer et nulle pour le rétrécissement ; cela tient

sans doute à l'état général des cancéreux et aux difficultés opératoires que l'on rencontre chez eux. Mais la comparaison de ces deux mortalités nous enseigne que la gastro-entérostomie pourra un jour devenir une opération sans danger par les modifications successives de la technique opératoire.

Nous avons vu que l'on n'était pas encore d'accord sur la valeur de l'entéro-anastomose préconisée par certains auteurs, qui espéraient ainsi diminuer la mortalité de la gastro-entérostomie. Sans pouvoir apporter des chiffres à l'appui de notre assertion, nous pouvons dire cependant que Lauenstein et Lücke n'auraient peut-être point perdu leurs malades s'ils avaient pratiqué une duodéno-jéjunostomie à la suite de la gastro-entérostomie. *A priori* cette opération complémentaire pourrait diminuer les accidents produits par l'écoulement de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac, mais cette opération augmente par elle-même les dangers de mort et, en outre, elle chargerait les statistiques inutilement puisque parmi toutes les gastro-entérostomies pratiquées jusqu'à ce jour, l'opération complémentaire n'a été pratiquée que par Jaboulay et que sans elle de magnifiques succès opératoires ont été obtenus.

2° Résultats éloignés.

Malgré la mortalité élevée de la gastro-entérostomie, cette opération donne cependant des résultats satisfaisants. Nous ne saurions insister assez sur la reconnaissance que

témoignent les malades à l'heureux opérateur qui les a délivrés d'une fin prochaine, qui les a rendus à la vie, à leur famille et à la société. Il est difficile de dire ce que vaut dans la vie de l'homme la sensation du retour de l'existence normale et de l'assouvissement de la faim.

Lorsque l'opération a réussi, il y a généralement cessation des douleurs, cessation des crises gastriques et des vomissements. Il y a pour le malade une période de bien-être, courte il est vrai, mais qui lui donne pour quelque temps l'illusion d'une guérison parfaite, et lui qui ne pouvait vaquer à aucun travail, reprend pour quelque temps la vie active qu'il menait aux jours de sa santé. Les malades augmentent de poids, les forces reviennent. Le malade de Billroth a augmenté de 5 livres (obs. XVI), celui de Fritzche qui ne pesait que 39 kil. atteint 54 kil.; celui de Czerny et de Rindfleisch (obs. 61 à 80 n°5) de 44 kil. monta jusqu'à 70 kil., une opérée de Czerny et de Rindfleisch de 66 livres monta jusqu'à 99 livres $1/2$; dans l'observation n° 20 de ces mêmes opérateurs, la malade, de 87 livres atteignit le chiffre de 92 livres.

Une observation de Hahn relate une augmentation de poids de 52 livres. Un malade de Hadra augmenta de 22 livres et enfin une malade de Terrier alla de 70 kil. à 175 livres en un mois et demi.

Il est difficile de déterminer quelle est la survie dans la gastro-entérostomie pratiquée pour le cancer. Avec les 123 observations où cette survie est bien indiquée, nous avons pu établir le tableau suivant :

24 opérés ont eu une survie de moins de 8 jours	19.41 0/0
---	-----------

9	opérés	ont eu une survie de moins de 8 jours à 1 mois.	7.31 0/0
5	—	— de 1 à 3 mois.....	4.20 0/0
7	—	— de 3 à 6 mois.....	5.68 0/0
8	—	— de 6 à 12 mois.....	6 50 0/0
70	—	— de 12 mois et au-delà	56.90 0/0

Lorsque le bien-être existe, il dure en moyenne de 3 à 5 mois sauf dans le cas de rétrécissement fibreux où il est définitif. D'après Monod (1), la moyenne de la survie serait de 3 mois 1/2, mais nous avons trouvé une moyenne supérieure et nous avons rapporté des observations où le résultat de la gastro-entérostomie a été plus durable.

Un malade de Hahn a vécu 5 ans, un autre un an. Lücke a eu deux succès l'un de 14 mois, le second de 18 mois. Czerny et Rindfleisch ont présenté une série de malades guéris depuis 11 mois, 11 mois 1/2, 9 mois, 5 mois et d'après ces auteurs la moyenne de survie serait de 6 mois pour les cancéreux. Le succès au contraire a été complet et durable pour les deux rétrécissements fibreux qu'ils ont opérés, il en est de même pour les deux opérés de Lauenstein (obs. L et LIX) et celui de Cölle (2) (obs. XLIII).

Suivant Lauenstein, la moyenne de survie serait de 7 mois. Ses malades ont été délivrés de leurs douleurs pendant 3 mois. D'après Jesset, Navaro, Hadra et Weir la moyenne observée serait de 6 à 15 et 18 mois. Nous croyons que cette moyenne est trop élevée. Sans doute ces auteurs ont eu affaire à des cas exceptionnels, mais leurs

(1) Rapport de Monod, *Société de Chirurgie*, 1889.

(2) Cölle, Lauenstein, *Festschrift à L. Meyer in Göttingen*, 1892.

statistiques sont trop faibles : elles ne portent que sur un ou deux cas, nous croyons plus sage de n'attribuer à cette opération qu'une survie de 5 à 6 mois.

Malgré cela nous pouvons croire que si la guérison n'est que temporaire, le bénéfice qu'en retire l'opéré n'en est pas moins réel, et ce bénéfice suffirait à démontrer la valeur de la gastro-entérostomie chez les cancéreux dont les jours sont comptés.

La tumeur cancéreuse après l'opération n'étant plus soumise à l'influence irritante des aliments et du suc gastrique, peut rester stationnaire pendant un certain temps, les ulcérations peuvent se cicatriser et, fait signalé par Jaboulay, Lauenstein et Rindfleisch et tout récemment par Reclus (1), la dilatation de l'estomac disparaît dans certains cas. Suppression des douleurs, suppression des vomissements, suppression de tous les symptômes d'obstruction pour un temps plus ou moins long, tels sont les avantages de l'opération pour le cancer du pylore ; ces résultats heureux peuvent persister pendant 5 mois, et quand il s'agit de rétrécissement fibreux ces résultats sont définitifs. N'est-ce pas là une belle conquête de la chirurgie moderne ?

Mais ce qui pourra nous donner une idée plus exacte encore des résultats de cette opération ce sont les *statistiques de chaque* chirurgien. Nous pourrions ainsi en les comparant entre elles déduire quelle est la méthode qui a donné les meilleurs résultats.

(1) Reclus, *Semaine médicale* (8 février 1893).

Billroth (1) donne la statistique des opérations pratiquées sur l'estomac et l'intestin dans son service de novembre 1879 à juin 1890. Elles sont au nombre de 120, comprenant les pylorectomies, les gastro-entérostomies et les résections de l'intestin.

Sur 28 gastro-entérostomies pratiquées pour rétrécissement cancéreux, la méthode de Wœelfler fut employée 5 fois, celle de von Hacker 23 fois. Les résultats opératoires donnèrent 14 morts et 14 guérisons. La survie fut de 1 à 14 mois. Parmi les causes de mort, cet auteur nota le collapsus 9 fois.

Von Eiselsberg (2) a rapporté les chiffres suivants : Sur deux opérés de Billroth pour carcinome, il y eut un succès et une mort le dixième jour à la suite de péritonite circonscrite. Des quatre opérés de von Hacker, l'un survécut 10 jours, le second un jour, le troisième mourut trois mois et demi après l'opération, le quatrième mourut le troisième jour à la suite de pneumonie.

Des deux opérés de von Eiselsberg l'un fut un succès, l'autre mourut trois jours après à la suite de perforation produite par la tumeur.

Sur 3 opérés de Salzer il y eut 2 succès, 1 mort 7 heures après.

Nous pouvons donc considérer 5 succès sur 11 cas, ce qui donne : 45, 4 0/0 de succès pour le cancer ; 54, 5 0/0 pour la mortalité.

(1) Billroth, *Wiener, Klin. Wochens*, n° 34, p. 625 (20 août 1891), et *Revue de chirurgie* (1890), p. 833. Congrès international de Berlin.

(2) Eiselsberg. *Archiv. f. Klin. Chirurgie*. Bd, XXXIX, H., 4. p. 785.

Rockwitz (1) rapporte 21 gastro-entérostomies connues jusqu'en 1887, 17 ont été faites pour carcinome du pylore, 4 pour rétrécissement fibreux.

Sur les 9 opérations, il y en eut 6 pour carcinome, 3 pour rétrécissement fibreux. Mortalité générale, 57.2 0/0, mortalité pour le carcinome 64.7 0/0.

11 cas sont morts immédiatement après l'opération, 52 0/0. 9 cas vécurent délivrés de leurs souffrances pendant quelques mois.

Dans cette statistique ne sont pas compris les huit cas de Lücke (2) : 8 opérations, 7 succès. Il n'aurait obtenu qu'une mortalité de 12.5 0/0 et la mortalité générale serait de 44.8 0/0. Ces cas se décomposent ainsi :

1^{er} cas, succès ... Mort. 14 mois après l'opération.

2^e cas, 0 ... Mort le 18^e jour.

3^e cas, succès ...

4^e cas, succès ... Mort. 5 mois 1/2 à la suite d'étranglement.

5^e cas, succès ... Mort. 2 mois 1/2 à la suite de cachexie.

6^e cas, succès ...

7^e cas, succès ... Mort 7 mois après à la suite de cachexie.

8^e cas, succès ...

Lauenstein (3) a fait 17 gastro-entérostomies, 13 pour carcinome, 2 pour rétrécissement fibreux du duodénum, 2 pour rétrécissement fibreux du pylore.

(1) Rockwitz *loc. cit.* *Centralb. f. Chirurgie*, 1888.

(2) Lücke, *Mémoire de Rockwitz*, *loc. cit.*

(3) Lauenstein, *loc. cit.*

Il eut quatre morts directement à la suite de l'opération, qui se répartissent de la façon suivante :

1 cas à la suite d'inanition, 2 cas à la suite de péritonite par perforation, et 1 cas de péritonite suppurée. Une mort éloignée : la fistule avait porté à 0,40 centimètres de la valvule de Bauhin (inanition). Donc 5 morts et 12 guérisons. D'où mortalité générale 29.4 0/0.

Les résultats définitifs sont les suivants : Pour le rétrécissement fibreux il obtient 1 guérison depuis 2 ans, 1 guérison depuis 1 an. Pour le carcinome, il obtient 10 survies après l'opération, 2 morts 3 semaines après, 8 cas qui ont donné une survie moyenne de 5 mois.

Parmi ces huit cas il y eut deux morts subites, dues à une hémorrhagie de l'estomac et à une embolie pulmonaire.

Ce sont les 6 derniers cas que l'auteur a principalement en vue pour se rendre compte des services que peut rendre la gastro-entérostomie. Dans tous les cas, il y a eu reproduction des maux occasionnés par le cancer avant l'opération.

Dans 5 cas (obs. L, LI ; LIV, LVI, LVII), la fistule a été envahie par le cancer. Dans 2 cas, il y eut constriction du côlon transverse. Cette constriction a été uniquement observée dans le cancer, et jamais dans le rétrécissement fibreux.

Von Hacker (1) rapporte une statistique de 21 cas de gastro-entérostomies pratiquées suivant la méthode de Wœlfler et la sienne. La méthode de Wœlfler sur 8 opérés a donné 4 morts et 4 guérisons. Celle de von Hacker sur 13 opérés a donné 6 morts et 7 guérisons. d'où mortalité 47 0/0.

Czerny et Rindfleisch (2) ont été plus heureux encore. Ces auteurs rapportent 20 cas de gastro-entérostomies qui leur donnèrent 12 guérisons et 8 morts, 40 0/0 ; 7 gastro-entérostomies furent pratiquées de 1885 à 1888, et donnèrent 4 morts, 80 0/0 ; 13 autres de 1889 à 1891 donnèrent 4 morts, 30 0/0.

Leurs opérations ont porté sur 7 femmes et 13 hommes ; l'âge oscillait entre 28 et 57 ans, la moyenne était 41,5 ans. 6 opérations ont été faites suivant la méthode de Wœlfler, 4 morts, 66.6 0/0 ; 14 opérations furent faites suivant la méthode de v. Hacker, 4 morts, 28.5 0/0. De ces 12 guérisons, il y eut une mort, le vingt-cinquième jour à la suite d'hémorrhagie interne ; dans le deuxième cas, il y eut une augmentation de 14 livres, mais le malade mourut 2 mois et demi après l'opération, à la suite de cachexie. 2 malades moururent le quarante-deuxième et quarante-neuvième jour. 1 malade n'a pas eu de convalescence franche. 1 malade jouit d'une excellente santé, mais commit une faute contre son régime et mourut. 1 malade survécut pendant 5 mois et augmenta de poids, mais on a conservé des doutes sur le diagnostic. Un autre augmenta de poids

(1) Von Hacker, *Jahrbruch der K.K. Gesellschaft der Aerzte, in Wien 1890.*
— *Semaine médicale*, 13 mai 1890.

(2) Czerny et Rindfleisch, *loc. cit.*

et survécut 11 mois et demi. 2 mois avant sa mort, les douleurs étaient revenues. — Un autre enfin, survécut 5 mois ; les douleurs sont revenues 6 semaines avant la mort. — Quant aux trois autres malades, voici les résultats obtenus : 1 survécut 9 mois, 1 survécut 5 mois et demi, 1 (sans renseignements). La durée moyenne de la survie pour les 9 cas de guérison (dont les renseignements sont exactement connus) serait d'après ces auteurs de 5 à 6 mois. Quant aux deux rétrécissements fibreux, ils survécurent un an et 2 ans.

Von Hacker (1), pour répondre à l'accusation qui avait été faite à savoir que sa méthode était plus dangereuse et plus difficile que celle de Wœlfler, a comparé la mortalité de chacune de ces méthodes sur les malades opérés à la clinique de Billroth.

Méthode de Wœlfler

1 ^{re} série.....	6 cas	3 succès opératoires	3 morts
2 ^e série.....	1 cas		1 mort
Depuis le 23 juin 1892	9 cas	5 succès opératoires	4 morts
Total.....	16 cas	8 succès opératoires	8 morts
Mortalité : 50 0/0.			

Méthode de von Hacker

1 ^{re} série.....	1 cas	0 succès opératoire	1 mort
2 ^e série.....	10 cas	5 —	5 morts
Depuis le 23 juin 1892	8 cas	7 —	1 mort
Total.....	19 cas	12 succès opératoires	7 morts
Mortalité : 36,8 0/0.			

(1) Von Hacker, *Wiener Klin. Woch.*, 17 nov. 1892, n° 46.

Quant à savoir laquelle des deux méthodes a fourni les meilleurs résultats, nous n'avons qu'à jeter un coup d'œil sur les séries rapportées par von Hacker lui-même, nous trouvons les chiffres suivants :

Mortalité générale pour la méthode de Wœlfler : 50 0/0 ; de von Hacker : 36,8 0/0, et, si l'on veut se convaincre davantage de cette proposition, que l'on veuille bien consulter les chiffres donnés par Czerny et Rindfleisch sur leurs 20 opérations ; ils ont employé 6 fois la méthode de Wœlfler, qui leur donna 4 morts, 66,6 0/0 ; 14 fois la méthode de von Hacker, qui donna les mêmes chiffres, 4 morts, 28,5 0/0.

D'après ces chiffres, il semble donc que la méthode de von Hacker offre une sécurité plus grande et qu'elle donne le plus de chance de survie.

Quoique la gastro-entérostomie ait été peu pratiquée en France, nous ne voulons pas omettre de donner les résultats qui ont été obtenus dans notre pays.

Nous avons pu réunir 17 gastro-entérostomies et 2 opérations de Billroth.

Les 17 gastro-entérostomies ont donné 8 succès, 47 0/0 ; mortalité, 53 0/0. — 2 pylorectomies, combinées à la gastro-entérostomie, ont donné deux succès.

La mortalité semble donc plus élevée que celle des autres statistiques, d'autant plus que sur les 17 opérés, 8 sont morts en moins de huit jours. Un malade de Reclus survécut cinq mois après l'opération. — La mortalité opératoire, 47,6 0/0, s'explique parce que tous les cas ont été opérés *in extremis*, alors que les malades étaient en

pleine cachexie. Néanmoins, il ne faut pas oublier que Jaboulay, sur trois opérés, a eu trois succès et que Doyen, sur deux opérés, a eu deux succès opératoires.

La méthode de Senn, couramment employée en Angleterre et en Amérique, prétend donner une mortalité moindre et des succès opératoires plus consolants que ceux de la méthode de Wœlfler et de von Hacker.

Matas (1) a rassemblé 18 cas de gastro-entérostomies, pratiquées suivant la méthode de Senn jusqu'en 1890, qui donnèrent 3 morts, 16 0/0, et 15 guérisons, 84 0/0.

Roman von Baračz (2), après la publication de Matas, a rassemblé 23 nouveaux cas, qui donnèrent : 15 guérisons ; 1 cas inconnu, probablement un succès ; 7 cas de mort, dont 4 collapsus ; 1 cas d'inanition, mort après une semaine ; une obstruction, mort après trois mois. En additionnant ces deux statistiques :

18 + 23 = 41 gastro-entérostomies suivant la méthode de Senn.

41 cas :	{	morts après l'opération,	10 cas
		guérisons —	29 cas
		Mortalité de la méthode de Senn,	24,5 0/0
		Guérison — —	75 0/0

Les gastro-entérostomies faites avec succès par Pur-

(1) Matas, *Medical and surgical Journal*, Juillet 1889, Août 1890.

(2) Roman von Baračz, *l. c.*

cell (1), par Baracz (2) et Heigl (3), de Coblenz, ne sont pas comprises dans la statistique.

Mais, s'il faut en croire Czerny et Rindfleisch (4), les résultats de la méthode de Senn sont loin d'être aussi satisfaisants. Ces auteurs critiquent sévèrement une statistique rapportée par Senn (5) lui-même.

Sur 13 gastro-entérostomies, cet auteur donne 8 cas comme des succès, quoique pour 4 d'entre eux la mort soit survenue le cinquième, le neuvième, le douzième et le dix-huitième jour, par inanition, hémorrhagie, pneumonie, cachexie. Czerny et Rindfleisch disent que c'est aller trop loin et qu'il faut attribuer à la méthode de Senn, au moins une mortalité de 69,20/0.

« Nous croyons, disent ces auteurs, qu'on ne peut regarder comme succès opératoires que ceux obtenus chez des malades dont la plaie a guéri et qui ont pu se nourrir quelques jours. »

Néanmoins, la méthode de Senn doit être prise en considération, d'autant plus que les trois opérations pratiquées par Purcell, Baracz et Heigl sur notre continent, ont donné des résultats aussi satisfaisants que possible. Cette méthode est plus simple, plus rapide comme exécution (20, 30, 55 minutes). Elle protège plus efficacement contre l'irruption des matières intestinales, parce que les séreuses sont rapprochées sur une plus grande étendue.

(1) Purcell, *Lancet*, 1892, vol. I, June 4, p. 1328.

(2) Roman von Baracz, *Centralb. f. Chirurgie* (1892), n° 27.

(3) Heigl. — Rapporté par Roman von Baracz, *l. c.*

(4) Czerny et Rindfleisch, *l. c.*

(5) Senn, *Medical Record*, Nov. 7 et 14 (1891).

Les sutures sont faciles à appliquer. On diminue le shock opératoire, grâce à la rapidité avec laquelle ces sutures se laissent placer ; on diminue les dangers d'infection péritonéale grâce au petit nombre de points de suture nécessaires pour assurer la coaptation parfaite des plaques intestinales et stomacales. Les scarifications des séreuses accélèrent en outre la production de cicatrices, fortement adhérentes, sur les surfaces viscérales anastomosées.



CHAPITRE VII

Objections faites à la gastro-entérostomie

Nous avons dit que la gastro-entérostomie n'était point admise par tous les auteurs; rejetée systématiquement par certains, hostile ou indifférente à d'autres, cette opération a nécessairement encouru de graves reproches. Nous les connaissons déjà en partie, puisque nous avons discuté chaque procédé. Nous savons qu'à l'opération de Wœlfler on a reproché la compression du côlon, la formation de l'éperon, le rejet des matières alimentaires, de la bile et du suc gastrique. On accuse le procédé de von Hacker d'être d'une difficulté opératoire excessive, étant donné que l'on opère dans la profondeur de la cavité péritonéale, on lui objecte la déchirure du méso-côlon et le rétrécissement possible de la boutonnière méso-colique, la précipitation des intestins à travers la fenêtrée créée dans le méso-côlon. Ces accidents, nous l'avons déjà dit, n'ont jamais été observés. Nous avons dit aussi que la déchirure du ligament gastro-épiploïque pratiquée dans la méthode de Courvoisier est inutile et dangereuse à cause de l'hémorrhagie possible. Nous n'avons pas oublié non plus les reproches adressés aux plaques de Senn, leur insuffisance pour assurer une coaptation exacte, le danger de la gangrène, sans compter

les reproches adressés à la gastro-entérostomie en général, la longueur de l'opération elle-même, la difficulté de placer les sutures et surtout leur grand nombre, les dangers nombreux auxquels on expose le malade et le peu de satisfaction donné par les résultats opératoires et éloignés.

En effet, la gastro-entérostomie, qu'elle soit pratiquée par la méthode de Wœelfler, de von Hacker, de Courvoisier ou de Senn n'est pas une opération innocente comme l'a dit M. Guinard (1).

A côté de séries heureuses, comme le sont celles de Lücke, Lauenstein, Czerny et Rindfleisch, nous avons encore un grand nombre d'échecs opératoires à regretter et si l'opération a pu procurer au malade un bien-être passager, trois à cinq mois au plus, et la suppression des phénomènes de sténose, il n'en est pas moins vrai que les dangers de cette opération sont encore trop nombreux pour une opération palliative. La période pendant laquelle le malade est délivré de ses douleurs est trop courte, et elles reviennent ordinairement six semaines avant la mort ; quelques opérés même n'ont éprouvé aucun soulagement après l'intervention. Le néoplasme continue sa marche progressive et fatale, plus ou moins rapide suivant sa malignité ; il empiète sur la fistule artificielle et petit à petit les symptômes de sténose réapparaissent avec la même intensité qu'avant l'intervention. Sans que nous puissions affirmer le fait, les mêmes phénomènes peuvent se produire dans le cas de rétrécissement fibreux.

(1) Guinard, *Traitement chirurgical du cancer de l'estomac*. Paris, Asselin et Houzeau, 1892.

Tels sont les graves reproches adressés à la gastro-entérostomie. Maydl (1) dit en outre que cette opération n'a pas répondu jusqu'à présent à tout ce qu'on attendait d'elle.

Il faudrait, d'après lui, rendre cette opération moins dangereuse ou la remplacer par une opération moins dangereuse. « Si nous possédions, dit-il, une opération qui ne demande rien ou fort peu de chose aux forces du malade, ou s'il était permis d'alimenter le malade après cette opération, même par une voie détournée, et si cette opération était praticable sans une assistance éclairée, elle répondrait à ce que nous demandons, à une opération palliative pour cancer de l'estomac. »

Mais, si les résultats de la gastro-entérostomie ne sont pas plus brillants, cela tient évidemment à ce que l'on a opéré trop tard alors que les malades sont en proie à la cachexie et qu'ils n'ont plus que quelques jours à vivre. Heureux alors le chirurgien qui pourra ressusciter ce cadavre ambulants !

(1) Maydl, *Wien. Med. Wochem.*, nos 18 et 19, 1892.



CHAPITRE VIII

De l'intervention chirurgicale dans les maladies de l'estomac.

L'intervention chirurgicale dans les maladies de l'estomac n'a été pratiquée jusqu'à ce jour que pour le cas de sténose du pylore ou du duodénum soit néoplasique, soit cicatricielle.

M. Marcel Baudoin (1) s'appuyant sur ce fait que si l'on pratique la cholécystostomie, la vésicule restée fistuleuse finit par se rétracter, se contractant sous forme d'un cordon creux et régulier, même alors qu'elle était autrefois dilatée, pensa que ce phénomène était une loi physiologique. Aussi n'hésite-t-il point à proposer la gastro-entérostomie pour la *dilatation simple de l'estomac*. Cette opération supprimerait, d'après lui, les fermentations alimentaires, et la nutrition serait rendue possible en même temps que la digestion.

La rétraction de l'estomac survenue après la gastro-entérostomie a été signalée par M. Reclus (2) alors qu'il présentait à la Société de chirurgie la pièce de son opéré.

(1) Marcel Baudoin, *Progrès médical* (16 juillet 1892), p. 44 et (14 janvier 1893), n° 2, p. 23.

(2) Reclus, *Semaine médicale* (11 février 1893), n° 9, p. 67.

M. Jeannel (1) a publié dans le *Midi médical* une observation de gastro-entérostomie faite pour dilatation simple de l'estomac. Son malade est mort le cinquième jour. L'opération avait été faite trop tard. Les viscères étaient dans un état de dégénérescence tel que la survie était impossible.

R. Weir (2) pratique également une opération semblable et d'autres gastro-entérostomies ont été pratiquées sans qu'il y ait eu de symptômes bien évidents de sténose, ou dans lesquelles la diagnostie était en suspens. A son tour Maydl (3) pensait que le jéjunostomie qu'il préconise, pouvait guérir les affections de l'estomac les plus anciennes et demandant le repos absolu de cet organe. Il pense qu'elle peut rétablir les fonctions chimiques et mécaniques de ce viscère. Nous n'avons pas qualité pour apprécier ces diverses propositions, mais nous croyons que ces projets d'intervention, ou même ces interventions hâtives ne sont point encore assez mûries par l'expérience. Nous n'étudierons donc que les diverses interventions faites pour la *sténose du pylore ou du duodénum*. Nous discuterons la valeur comparative des opérations pratiquées pour le rétrécissement ou le cancer du pylore et nous essayerons de dégager de cette étude les *indications et les contre-indications* de la gastro-entérostomie.

(1) Jeannel, *Archiv. prov. de éhirurgie* (1^{er} janvier 1893), n° 1, T. II.

(2) R. Weir, *Gastrorraphy for diminishing the size of a dilated stomach in New-York medical journal* V. L, n° 1, p. 29 (1892).

(3) K. Maydl, *Wien. Méd. Wochens* (1892), n° 18 et 19.

1° Valeur comparative des opérations pratiquées pour le rétrécissement cicatriciel du pylore.

On a dit que la gastro-entérostomie était au rétrécissement du pylore, ce que la gastrostomie est pour la sténose du cardia, la colostomie pour le rétrécissement du rectum et la trachéotomie pour la diphtérie. On a pratiqué pour la sténose cicatricielle du pylore les opérations suivantes :

a) *Pyloroplastie de Heinecke Mikuliez*. — Cette opération consiste à pratiquer une incision sur le pylore parallèlement à son axe et à faire l'affrontement des lèvres de la plaie, suivant une ligne perpendiculaire à cet axe.

D'après M. Doyen, (1) la pyloroplastie ne peut assurer une communication entre l'estomac et le duodénum même dans le cas où elle se fait dans les meilleures conditions de facilité. Il est aisé de comprendre que le rapprochement des deux extrémités gastrique et duodénale d'une incision longitudinale du pylore de 5 à 6 centimètres par une suture transversale, détermine toujours la formation de deux culs-de-sac, du côté de l'estomac, et du côté du duodénum une sorte de repli valvulaire produit aux dépens de sa face postérieure. Si le rétrécissement est long et étroit, s'il existe des plaques inflammatoires récentes ou indurées sur les faces du viscère, si

(1) Doyen, *loc. cit.*

l'on a rompu des adhérences entre le pylore et les organes voisins, la pyloroplastie devient en outre une opération dangereuse, le nouveau pylore étant forcément étroit et la suture, de l'aveu même de Billroth, ne pouvant être placée en toute sécurité sur des points où la séreuse et la musculieuse ne sont pas intactes.

Quoique la pyloroplastie soit facile, rapide et peu dangereuse en elle-même, cette opération n'est pas toujours possible parce que la sténose cicatricielle pylorique est le résultat d'un ulcère chronique qui ne marche pas sans provoquer des adhérences autour du pylore, et supposons même que la pyloroplastie ait supprimé momentanément la sténose, la récurrence ne tardera pas à se produire comme ce fut le cas pour l'opéré auquel M. Gross dut pratiquer la gastro-entérostomie (obs. CCXIX).

b) *Opération de Hahn.* — On a fait également l'*opération de Hahn ou dilatation digitale du pylore* sans ouverture de l'estomac. Cette opération ne pouvait fournir que des résultats insignifiants, aussi son auteur eut-il recours à l'opération de Wœlfle dès qu'il la connut.

c) *Opération de Loreta.* — Loreta pratiqua la *dilatation digitale du pylore après avoir fait la gastrostomie.* — Daniel Mollière (1) de Lyon, pratiqua cette opération après lui; inutile d'ajouter que le succès n'a pas couronné cette intervention.

(2) Bertoye, *Lyon-médical*, 16 mai 1886.

d) *Pylorectomie*. — Reste donc la *pylorectomie* qui seule peut être mise en parallèle avec la gastro-entérostomie. Jadis fort prisée en Allemagne, la résection du pylore tend à être abandonnée par ses partisans les plus ardents. Cette opération est longue, laborieuse et grave, elle fait courir au malade de grands risques par sa longue durée qui est en moyenne de 2 heures 1/2 à 3 heures, tandis que la moyenne de la gastro-entérostomie n'est que de trois quarts d'heure.

Elle comprend dans le cas de rétrécissement fibreux :

- 1) La séparation du pylore de ses attaches épiploïques.
- 2) Le détachement des adhérences anormales.
- 3) L'ablation du pylore de la cavité abdominale.

Mais la *pylorectomie* n'est pas seulement une opération longue, dangereuse, elle présente encore des difficultés opératoires qui la font rejeter par certains auteurs. Il est, en effet, un écueil qu'il faut éviter à tout prix, c'est le grand nombre de sutures et surtout la superposition des sutures aux angles de la plaie ; elles déterminent facilement le sphacèle des tuniques anastomosées.

En effet, l'orifice stomacal a toujours une dimension plus grande que l'orifice intestinal, il faudra placer une première rangée de sutures sur les bords de la plaie stomacale pour la rétrécir et lui donner une lumière égale à celle de l'intestin. Les sutures circulaires anastomotiques de l'angle supérieur de la plaie devront être surajoutées aux sutures placées auparavant. Les parties molles sont exposées en raison de ce grand nombre de sutures à un sphacèle probable.

e) *Gastro-entérostomie*. — L'indication de cette

opération se pose dans tous les cas de sténose cicatricielle du pylore, que cet organe soit adhérent ou non. On ne craindra pas dans ce cas la récurrence, comme dans la pyloroplastie ; les sutures gastro-intestinales sont plus faciles à exécuter que celles de la pyloréctomie et il suffira d'établir une bouche gastro-intestinale dont le bon fonctionnement soit assuré.

Elle est donc l'opération toute indiquée dans le cas de sténose cicatricielle du pylore. C'est elle qui a donné les meilleurs résultats ; elle est l'opération de choix et nous croyons avec von Hacker qu'elle a dans ce cas la valeur d'une opération radicale.

2° Valeur comparative des opérations pratiquées pour le cas de cancer du pylore.

Quant à la sténose néoplasique du pylore, on lui a appliqué les opérations suivantes :

a) *Curettage*. — Le curettage a été préconisé par Bernays de St-Louis (Missouri). Cet auteur, adversaire déterminé de la gastro-entérostomie et de la pyloréctomie, a obtenu deux résultats satisfaisants et il ne s'est produit ni hémorrhagie considérable, ni perforation de l'estomac à la suite de ce curettage. Vivement combattue au Congrès de Berlin de 1890, où Bernays avait rapporté de nouveaux faits en faveur de son opération, elle est restée jusqu'à ce jour sans imitateurs.

b) *Pylorectomie*. — Nous l'avons déjà dit, la *pylorectomie* est une opération longue, difficile et grave. Ces difficultés et cette gravité augmentent encore dans le cas cancer, et bien plus la pylorectomie n'est praticable que dans certains cas. Il faut que le pylore soit mobile et sans adhérences ou, si ces adhérences existent, il faut qu'elles soient lâches et facilement destructibles. Les statistiques de résection du pylore faites pour carcinome de cet organe ne sont pas aussi favorables que celles de la gastro-entérostomie.

Cramer (1) rapporte les chiffres suivants : sur 82 résections du pylore 61 morts ; mortalité générale 74,3 0/0. Sur 72 résections pour carcinome 55 morts ; mortalité pour le cancer 76,3 0/0.

Von Hacker (2) rapporte que sur 5 malades opérés pour carcinome très étendu, 3 moururent à la suite de l'opération. Sur 8 malades opérés pour carcinome moins étendu il y eut 3 morts à la suite de la résection et 5 autres à la suite de récurrence.

Lauenstein s'appuyant sur son expérience personnelle qui porte sur 13 résections de l'estomac, qui lui ont donné 9 morts immédiates ou médiate et seulement 4 guérisons, croit que la gastro-entérostomie faite d'après la méthode de Wœlfle est moins dangereuse que la résection typique.

(1) Cramer, *Cent. f. Chirurgie*, 1885, n° 31.

(2) Von Hacker, *Die Magenoperationen an. H. Prof. Billroth's Klinik*, Wien, 1886.

Czerny et Rindfleisch (1) ont rapporté 19 résections de l'estomac pratiquées à la clinique de Heidelberg, elles donnèrent 8 morts: 1 mort due au collapsus, 2 morts dues à la gangrène du côlon, 3 morts dues à la péritonite, 2 morts à la suite de nécrose des sutures ou une faute opératoire; 11 guérisons dont 5 morts à la suite de récurrence, 2 à 18 mois. Moyenne de survie, 10 mois 1/2. — 2 opérés pour carcinome de l'estomac survécurent encore 12 à 18 mois sans récurrence.

Czerny et Rindfleisch ajoutent que la pyloréctomie leur a donné les mêmes résultats que la gastro-entérostomie, c'est-à-dire 43 0/0, mais comme la résection du pylore contribue plus à prolonger la durée de la vie, il est clair qu'on donnera la préférence à la pyloréctomie autant qu'elle sera praticable. Cela dépend évidemment de la tumeur du pylore, si elle est localisée ou si elle a déjà envahi les organes voisins.

« Étant donné, disent-ils, que la gastro-entérostomie est une opération palliative, sa mortalité qui est de 40 0/0 est trop élevée, et si cette mortalité ne peut être abaissée, on ne saurait donner tort à ceux qui combattent cette opération. Nous croyons cependant que cette mortalité ira en diminuant et les résultats brillants de Lücke ainsi que nos six guérisons consécutives sont là fort à propos pour le démontrer. Nous croyons aussi que la résection du pylore, étant une opération radicale, doit être conservée jusqu'à nouvel ordre, quitte à perfectionner son manuel opéra-

(1) Czerny et Rindfleisch, *Ueber die an der Heidelberg Chir. Klinik ausgeführten operationen am Magen. u. Darm*, — *Festschrift a Billroth*, p. 438, 1892.

toire, de façon à rendre ses statistiques meilleures. C'est une opération qui a des indications nettes et précises, telles que mobilité de la tumeur, son petit volume, absence d'envahissement ganglionnaire et viscéral. Ces conditions cependant sont si rarement réunies que cette opération devient dans la pratique une intervention absolument exceptionnelle. »

c) *Pylorectomie combinée à la gastro-entérostomie ou opération de Billroth.* — Certains auteurs ayant voulu guérir radicalement leurs malades ont pratiqué la gastro-entérostomie combinée à la pylorectomie. Billroth (1) pratiqua cette opération en 1885; von Eiselsberg (2) en 1888, son malade mourut 48 heures après l'opération, suite de péritonite par perforation; Bull (3) sur quatre opérations eut deux succès (obs. CXLV et CLIV); Weir (obs. CLVII) eut une guérison, mais son malade commença à vomir deux mois après l'intervention. Le malade de Tuholske (4) (obs. CXXXIX) mourut 56 heures après l'opération. Enfin, Doyen eut un succès (obs. CCXI) et un insuccès (obs. CCXII), la mort survint le dixième jour; Rawdon (5) et Jesset (6) eurent chacun un succès, ils avaient employé la méthode de Senn.

(1) Billroth, von Hacker, *loc. cit.*

(2) Eiselsberg, *loc. cit.*

(3) Bull, *Gastro-entérostomy and pylorectomy, loc. cit.*

(4) Tuholske, *Gastro-entérostomy and pylorectomy. Medical News Philadelphia*, May, 10, 1890.

(5) Rawdon, *British Medical Journal*, 1890, vol. I, p. 323.

(6) Jesset, *Lancet*, 1891, vol. II, oct. 24, p. 921.

Nous croyons cependant que la gastro-entérostomie combinée à la pylorectomie est une tentative audacieuse qui prolonge l'opération au détriment du malade. Au reste, cette opération est-elle suffisamment justifiée puisque l'on n'est pas certain de pouvoir enlever la tumeur et encore la tumeur enlevée, peut-on se croire à l'abri de la récurrence?

d) *Jéjunostomie*. — Mais il est des cas où la pylorectomie pas plus que la gastro-entérostomie ne sont praticables, on a proposé de leur suppléer la jéjunostomie.

Maydl pratiqua cette opération sur trois malades. L'un d'eux avait 40 ans. La résection et la gastro-entérostomie étaient contre-indiquées parce que l'endroit où la gastro-entérostomie aurait pu être faite, était recouvert de noyaux cancéreux. Il n'avait, dit-il, d'autre ressource que de pratiquer la jéjunostomie. Il la fit suivant le manuel opératoire qu'il avait préconisé dans un article du Dr Kunn (1). Il incise transversalement l'intestin grêle à 10 ou 12 centimètres du pli duodéno-jéjunal. Il attire le bout inférieur et le bout supérieur de l'intestin hors de l'abdomen. Il ferme la cavité péritonéale au moyen de quelques points de suture pour éviter tout danger d'infection. Il incise ensuite à 10 centimètres au-dessous du bout inférieur l'intestin sur une longueur de 3 centimètres et suivant son axe longitudinal, il suture le bout supérieur à la partie latérale du bout inférieur. Le suc pancréatique et la bile pouvaient ainsi s'écouler dans l'intestin sans s'échapper

(1) Kunn, *Ueber den gegenwärtigen Stand der Darmchirurgie* (Klin. Zeit u. Streitfragen Wien., 1888, Bd II, n° 10.

au dehors et sans irriter la peau. Il suture ensuite le bout inférieur à l'abdomen en ayant soin de le faire dépasser de deux centimètres. Il suffit de placer quatre points de suture pour empêcher le retrait de l'intestin dans la cavité péritonéale. Cette fistule sert à alimenter le malade. Maydl place au-dessus d'elle un pansement et un petit tube qui sert à l'introduction des aliments, ce qui se fait au moyen d'une seringue. Il donnait les aliments solides sous forme de « nouilles ». La dernière malade de Maydl fut opérée le 4 décembre 1891. Le 14 décembre, on enleva les points de suture, un mois après elle quitta l'hôpital et elle est aujourd'hui complètement guérie. Cette méthode, dit Maydl, fera concurrence à la gastro-entérostomie. Elle est facile, peut être exécutée avec la cocaïne et n'a pas les suites fâcheuses qui attristent les malades porteurs d'autres fistules gastriques.

L'opération proposée par Maydl présente certains avantages, mais nous avons à lui reprocher d'être aussi difficile à exécuter que la gastro-entérostomie ; elle présente en outre les mêmes dangers, et nous croyons que toutes choses égales d'ailleurs, le malade se résoudra difficilement à porter une fistule gastrique, tandis que la fistule gastro-intestinale lui procurera les mêmes avantages. La jéjunostomie, loin de faire à l'avenir concurrence à la gastro-entérostomie ne restera qu'une opération exceptionnelle, qui ne devra être pratiquée que lorsque la gastro-entérostomie sera contre-indiquée.

e) *Gastro-entérostomie*. — Ainsi donc, tandis que la pylorectomie n'a que des indications fort restreintes, tan-

dis que la jéjunostomie n'est qu'une opération d'exception, la gastro-entérostomie, au contraire, devra être pratiquée dans la majorité des cas de sténose du pylore. C'est elle qui a fourni les meilleurs résultats tant au point de vue opératoire, qu'au point de vue des résultats définitifs, mais pour qu'elle réussisse, il faut que ces indications soient précises et surtout que le diagnostic soit précoce.

Indications et contre-indications de la gastro-entérostomie

Loin d'être aussi précises que celles de la pylorectomie, les indications et les contre-indications découlent en partie de ce que nous avons dit au sujet de la valeur comparative des différentes opérations pratiquées pour combattre la sténose du pylore. Nous avons dit que la gastro-entérostomie était l'opération de choix dans le rétrécissement néoplasique. Toutes les fois qu'il s'agira de sténose du pylore, la question de la gastro-entérostomie devra se poser. Mais ici il est un écueil à éviter. Dans le cas de rétrécissement fibreux, il faut que l'obstruction soit à peu près complète, il faut que la nutrition soit compromise. Faudra-t-il attendre que rien ne passe plus à travers l'orifice pylorique ? nous ne le pensons pas. Les conditions dans lesquelles nous placerons ainsi les malades deviendront de jour en jour plus mauvaises et nous compromettrons ainsi le succès de notre intervention. Si donc le malade conserve difficilement les aliments, s'il maigrit, s'il diminue de poids et surtout s'il souffre, nous croyons qu'il est passible de la gastro-entérostomie.

Dans le cas de cancer, le même écueil se présente : faut-il attendre que la sténose soit complète, ou que le malade soit arrivé à un certain degré de cachexie ? En agissant ainsi, on ne ferait que mauvaise besogne et c'est peut-être là le secret de la mortalité si grande que l'on prête à cette opération. La douleur, les vomissements d'abord irréguliers puis périodiques, la dilatation de l'estomac, et l'existence d'une tumeur, au niveau du creux épigastrique, la constipation, sont autant de symptômes qui permettent de faire le diagnostic de sténose néoplasique du pylore.

D'après ce que nous avons dit dans l'introduction de notre travail, nous croyons qu'il n'est pas besoin de justifier une intervention opératoire dans le cas de rétrécissement cancéreux du pylore, et si nous nous en rapportons aux considérations que nous avons faites au sujet des opérations pratiquées pour combattre la sténose néoplasique du pylore, nous croyons que c'est à la gastro-entérostomie qu'il faut avoir recours.

D'abord réservée à la sténose néoplasique du pylore, cette opération eut bientôt ses indications dans le rétrécissement fibreux de cet organe et dans ceux du duodénum, qu'ils fussent néoplasiques, fibreux ou tuberculeux, et aujourd'hui on prétend étendre l'indication de cette opération à toute affection de l'estomac ayant provoqué sa dilatation.

Sans nous renfermer dans les limites étroites fixées par Monod, à savoir que le malade devait être relativement jeune, pas trop affaibli et en état de supporter le shok

opératoire, que la maladie soit de date relativement récente, ou du moins que l'obstacle absolu du passage des aliments ne soit pas trop ancien, et que la sténose pylorique soit telle que l'alimentation est devenue impossible, nous croyons avec Lauenstein qu'il vaut mieux étendre les indications de cette opération que de les restreindre.

Il faut laisser à l'expérience et au tact de chaque chirurgien le soin de déterminer les limites dans lesquelles on peut pratiquer la gastro-entérostomie pour le cancer du pylore. Le seul point de vue de procurer au malade quelques semaines supportables, justifie l'opération.

M. Reclus (1) pense aussi que l'opération est indiquée quand la nutrition est compromise par des vomissements opiniâtres, quel que soit l'âge du malade et de la maladie. Il dit qu'il opérera toujours et surtout le plus rapidement possible. Il conclue à une thérapeutique chirurgicale plus active dans le cas du cancer du pylore et il pense que la gastro-entérostomie est d'une gravité moindre que la pylorectomie et qu'elle peut prolonger la vie et adoucir les derniers jours du malade.

M. Gross est le premier chirurgien qui ait pratiqué en France la gastro-entérostomie pour le rétrécissement fibreux du pylore. L'indication de cette opération pour ce genre de sténose n'a pas été admise généralement. Billroth et Czerny n'ont jamais opéré pour des cas semblables, tandis que Rydygier et Novaro, Lücke et Lauenstein n'ont pas hésité à le faire. Nous avons vu dans les diffé-

(1) *Semaine médicale*, n° 52 (1892), p. 416.

rentes statistiques que nous avons présentées que la gastro-entérostomie faite pour rétrécissement pylorique, offrait les résultats les plus satisfaisants et les plus durables, aussi nous couvrant de l'autorité de von Hacker, nous n'hésitons pas à dire que la gastro-entérostomie a, dans le cas de rétrécissement fibreux, la valeur d'une opération radicale.

Les contre-indications de la gastro-entérostomie n'existent que lorsque le malade est trop âgé, trop affaibli ou qu'il est arrivé à un degré de cachexie très avancé, car dans ce dernier cas surtout toute intervention sur l'abdomen est excessivement grave et en outre on risquerait fort de ne pouvoir pratiquer la gastro-entérostomie, en raison des adhérences nombreuses des organes, de l'infiltration du péritoine et surtout de la fixité des viscères qu'il faut anastomoser.

« Il ne faut pas opérer *in vita extremis*, les malades qui ne peuvent pas se tenir, qui ne peuvent plus garder de lavements alimentaires, et il faudra s'abstenir de toute intervention quand il y a de l'hypostase, de l'oedème, de l'ascite. Les malades doivent être dans l'état de supporter après l'opération 8 jours au moins de nourriture par les lavements alimentaires. En suivant cette règle, nous croyons que la mortalité opératoire tomberait à son minimum. C'est ainsi que von Hacker explique les résultats heureux de Lücke, ses malades n'étaient point arrivés à un degré avancé de leur affection et aucun d'eux n'avait atteint la cinquantaine. Il est évident qu'en présence d'une tumeur ulcérée du pylore, toute opération qui laissera cette tumeur intacte, comme c'est le cas dans la gastro-

entérostomie, est d'une contre-indication absolue à cause de l'hémorrhagie certaine qui emporterait le malade.

En résumé, la question de la gastro-entérostomie se pose dans toute sténose du pylore ou du duodénum ; elle est indiquée lorsque la nutrition est compromise ou lorsque le malade est en proie à d'horribles souffrances. Cette opération doit être pratiquée de bonne heure ; il faudra donc s'aider d'un diagnostic précoce et, au besoin, recourir à la laparotomie exploratrice. Dans ce cas, il faudra examiner dans quel état se trouvent les organes, prendre une décision rapide, soit pour la pylorectomie, soit pour la gastro-entérostomie. Il faudra enfin ne pas oublier que toute infiltration diffuse du péritoine par le néoplasme, ou toute autre localisation secondaire est une contre-indication absolue à l'intervention. Les localisations secondaires ne sont pas toujours faciles à déterminer : l'inanition dont le tableau clinique est loin d'être fait, peut donner une symptomatologie analogue à celle d'une localisation secondaire, témoin l'observation de M. le Professeur Gross (obs. CCXVIII) et le cas que nous allons rapporter. Nous avons eu l'occasion d'observer, à la clinique de M. le Professeur Bernheim, un homme, âgé de 40 ans, porteur d'un néoplasme du pylore, mobile et bien circonscrit. Toute opération semblait contre-indiquée chez ce malade, il présentait en effet un état de faiblesse trop grand, et n'eût été cette raison, l'opération n'aurait pu être entreprise avec chance de succès : il présentait, en effet, les symptômes d'une localisation secondaire dans le cervelet : sensation de pesanteur dans la tête, vertige, amblyopie, diplopie, clignement alternatif des deux yeux, démarche titubante avec

mouvements de latéropulsion, tantôt à droite, tantôt à gauche. Il présentait en outre les symptômes de la sténose pylorique à un degré très avancé : dilatation de l'estomac, vomissements deux heures après les repas ; il était destiné à succomber à une mort prochaine par inanition. Le malade est décédé cinq jours après son entrée à l'hôpital. Les symptômes qui préludèrent à sa mort étaient ceux du coma algide. A l'autopsie, on trouva un cancer du pylore qui permettait cependant le passage des aliments dans une certaine mesure. La tumeur s'étendait en outre sur toute la petite courbure. Quant au cerveau, il ne présentait aucune lésion. La substance cérébrale était normale partout, mais elle était d'une pâleur extrême. Il en était de même de tous les autres organes. Point d'autres manifestations cancéreuses dans les autres parties du corps. Il n'y avait donc pas de contre-indication à l'opération, comme l'avaient fait croire les phénomènes observés pendant la vie. M. Bernheim pense que tous ces symptômes cérébelleux étaient dus à ce fait que cet organe avait réagi plus que les autres sous l'influence de l'inanition. Le cerveau aurait été un *locus minoris resistentiæ*, dont la réflectivité aurait été mise en jeu plus particulièrement par l'anémie et aurait donné naissance aux manifestations cérébrales que nous avons observées.

Nous avons tenu à signaler ce fait car, on le sait, les localisations secondaires de la tumeur pylorique sont excessivement rares, et quand bien même on assiste à des manifestations cérébrales faut-il encore laisser une part au doute et attacher une plus grande importance à la douleur qu'éprouvent les malades atteints de tumeur cérébrale :

ce dernier symptôme avait fait totalement défaut chez notre malade.

Nous avons cherché à rassembler les documents les plus récents sur l'importante question du traitement chirurgical de la sténose du pylore par la gastro-entérostomie, et de cette étude nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

La gastro-entérostomie est une opération palliative pour le cancer et radicale pour le rétrécissement cicatriciel du pylore. Si le chirurgien prévoit le moindre danger pour l'opération il ne doit pas l'entreprendre ; s'il n'est pas sûr de son aseptie et s'il n'a pas les aides nécessaires, il doit s'abstenir. Nous ne devons pas reculer devant la mortalité fournie par les statistiques, car si nous les rangeons par date nous voyons qu'elles s'améliorent chaque année, et par conséquent s'il y a encore quelque chose à faire pour diminuer les dangers opératoires, ce n'est pas une raison pour s'arrêter en route. Il faut au contraire marcher en avant « *nunquam retrorsum* » a dit Billroth. Les statistiques des chirurgiens deviendront de jour en jour meilleures, et on arrivera enfin, nous aimons à le croire, à faire de la gastro-entérostomie une opération sans danger, telle que doit toujours l'être une opération palliative.



OBSERVATIONS

Cette dernière partie de notre travail contient 219 observations que nous avons recueillies dans la littérature médicale française et étrangère et nous les avons classées de la façon suivante :

- 123 publiées en langue allemande ;
- 76 observations anglaises ou américaines ;
- 20 observations françaises.

Nous les diviserons en deux groupes :

1° Observations publiées en langue allemande parmi lesquelles sont comprises les observations, suisses, italiennes, tchèques ;

2° Observations publiées en langue française qui comprennent une observation espagnole et les observations des auteurs français.

Nous ne suivrons pas rigoureusement l'ordre chrono-

logique; nous avons préféré rassembler les observations publiées par chaque auteur.

Observation I

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CANCER DU PYLORE. — MORT
DEUX MOIS ET DEMI APRÈS L'OPÉRATION : CACHEXIE

WOELFLER, *Centralb. f. chirurgie* (1881), n° 45.

Homme de 38 ans, ayant une dilatation de l'estomac causée par une tumeur cancéreuse du pylore, et souffrant de vomissements incoercibles. Incision exploratrice le 28 décembre, en vue de reconnaître la possibilité de la résection du pylore. Le pancréas est envahi ainsi que l'épiploon gastro-hépatique. Woelfler se décide à établir une communication entre l'estomac et l'intestin grêle. — Incision de 5 centimètres près de la grande courbure de l'estomac, au-dessus de l'insertion du grand épiploon; incision semblable sur l'intestin et au niveau de son bord libre; puis les bords de l'incision de l'anse intestinale sont fixés aux bords de l'incision gastrique, par une double suture de la muqueuse et de la séreuse (suture de Lembert modifiée par Woelfler). Toilette complète de la région. Pansement à l'iodoforme. Aucun accident consécutif. Le huitième jour, le malade pouvait prendre et consommer des aliments solides; quatre semaines après, l'état général était amélioré, les digestions n'étaient pas douloureuses et les selles étaient normales. — Mort 2 mois 1/2 après, à la suite de cachexie.

Observation II

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. —
MORT LE 10^e JOUR. — ÉPERON

BILLROTH, *Centralb. f. chirurgie*, 1881, n° 45.

Le 2 octobre 1881, Billroth pratiqua une gastro-entérostomie chez un homme de 45 ans qui souffrait d'un carcinome du pylore inopé-

nable. On vit, après ouverture de l'abdomen, que ce carcinome envahissait la petite courbure sur une grande étendue, ainsi que le pancréas. L'opération fut simple et fut terminée en une heure. Point de péritonite. Le calibre de l'intestin est resté perméable, puisque le malade a eu de temps en temps des selles. Cependant depuis le jour de l'opération jusqu'à la mort, qui eut lieu le 10^e jour, il y eut des vomissements bilieux.

L'autopsie montra qu'il n'y avait point de péritonite.

L'anse intestinale anastomosée siégeait à 11 centimètres du duodénum et elle était solidement insérée à l'estomac. La cause des vomissements bilieux était la suivante : Il s'était formé sous l'influence de la traction un éperon qui partageait en deux parties inégales la lumière de l'intestin, qui avait 4 centimètres de diamètre. La plus grande partie de la lumière appartenait au bout supérieur qui déverse la bile et le suc pancréatique, tandis que la deuxième portion correspondait au bout inférieur ; elle était cachée sous le bord droit de l'estomac. La bile et le suc pancréatique, au lieu de se déverser dans le bout inférieur, s'étaient déversés dans le bout supérieur.

Observation III

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE ET PYLORECTOMIE. — SUCCÈS.

BILLROTH, rapportée par von Hacker, *Arch. f. Klin. Chirurgie*, t. XXXII, p. 616, 1885.

Homme de 48 ans qui présentait tous les symptômes d'un carcinome du pylore. On trouva une tumeur grosse comme le poing, très mobile, peu adhérente qui put être attirée en avant. On put se convaincre alors que le néoplasme s'étendait sur la grande courbure. Le malade étant très affaibli, Billroth pratiqua la gastro-entérostomie de Wœlfli pour obvier aux symptômes les plus menaçants. On attira le jéjunum par dessus le côlon transverse, et on le fixa à la paroi antérieure de l'estomac. Comme le malade n'avait point de collapsus et que son pouls était bon, après cette opération rapidement pratiquée, on

procéda immédiatement à l'extirpation du carcinome. La tumeur fut isolée de la grande et de la petite courbure, pendant qu'un aide comprimait le duodénum. Puis on ferma la lumière du duodénum au moyen de sutures de Lembert à deux étages.

Au moment de l'ouverture de l'estomac, on nettoya cet organe au moyen d'une éponge; on introduisit une éponge semblable dans la portion de l'estomac destinée à être réséquée. Ensuite on procéda à l'excision de la tumeur, et immédiatement après on plaça les points de suture destinés à fermer l'orifice. Par dessus ces sutures et dans leur intervalle, on plaça quelques sutures de Lembert.

L'occlusion de l'estomac était assurée également par une compression manuelle. Après que la tumeur fut excisée, on vit que l'incision faite sur la grande courbure de l'estomac portait jusqu'à un demi-centimètre de la fistule gastro-duodénale à cause de l'étendue du carcinome et encore, la surface de section paraissait également être infiltrée. Les deux opérations, y compris la fermeture de l'abdomen, avaient duré 1 h. 3/4. Le suites de l'opération furent normales.

Le malade prit le jour suivant des aliments liquides, et huit jours après il put manger de la viande. Les vomissements cessèrent et ne se reproduisirent qu'une fois, après un repas trop copieux. Cependant lorsque le malade se fut nourri davantage, il survenait un météorisme considérable et une constipation opiniâtre qui ne cédèrent qu'aux lavements, purgatifs et irrigations quotidiennes de Hégar. On pouvait se demander si ces symptômes devaient être attribués à ce que les aliments arrivaient trop brusquement dans l'intestin sans subir la digestion gastrique, ou bien, ce qui paraissait plus probable, il s'agissait plutôt, comme dans le cas de Lauenstein, d'une compression du côlon transverse par le jéjunum attiré en haut. — Le malade quitta l'hôpital un mois après l'opération, et jusqu'à ce jour il fut obligé de prendre des lavements pour avoir des selles. Dans ces derniers temps (un mois et demi après l'opération), les douleurs de l'abdomen sont revenues, de même que les vomissements, qui ont reparu une fois. On

peut aussi sentir une dureté dans la région de l'estomac, en sorte qu'il s'agit d'une récidive à l'endroit qui, comme on l'a dit précédemment, était infiltré par le néoplasme.

Observations IV à X

BILLROTH. — Observations rapportées par v. Hacker (*Die Magenoperationen an H. prof. Billroth's Klinik*, Wien, 1886).

1^{re}. — Femme de 42 ans. — Carcinome du pylore. Envahissement du péritoine et de la vésicule biliaire. Infiltration du ligament hépato-duodéal.

Incision oblique de 15 centimètres. Gastro-entérostomie antérieure. Durée de l'opération : deux heures. — Mort 4 jours après l'opération. Péritonite.

2^e. — Homme âgé de 37 ans. — Rétrécissement tuberculeux du duodénum. Nodules tuberculeux sur le pli jéuno-duodéal.

Incision longitudinale à droite jusqu'à l'ombilic. Gastro-entérostomie antérieure. Durée : 2 h. 1/2. Guérison. — Mort 4 mois après à la suite de tuberculose intestinale et pulmonaire.

3^e. — Femme de 48 ans. — Carcinome du pylore. Adhérences avec le foie et le pancréas. Incision à droite de l'ombilic, incision oblique et ayant 15 centimètres de long. Gastro-entérostomie antérieure. Durée : 2 heures. Guérison. Augmentation de poids : 5 kil. 500. — Mort 4 mois après à la suite de cachexie.

4^e. — Homme de 33 ans. — Carcinome du pylore. Adhérences avec le foie et le pancréas. Incision oblique à droite de l'ombilic ayant 15 centimètres. Durée : 1 h. 1/2. — Mort 4 h. 1/2 après l'opération. Collapsus.

5^e. — Femme de 40 ans. Récidive de carcinome après résection du pylore. Infiltration du péritoine, du côlon, du foie et des tégu-ments de l'abdomen. Incision médiane. Gastro-entérostomie antérieure. Durée : 1 h. 1/4. — Mort 23 heures après l'opération. Péritonite.

6°. — BILLROTH. Observation rapportée par von Eiselsberg, *Langenbeck's Archiv.*, t. XXXIX, H. 4, p. 785, 1889.

Malade âgé de 28 ans. — Tumeur du pylore peu appréciable. Incision médiane. Tumeur du pylore. Ganglions mésentériques. Gastro-entérostomie postérieure. Succès opératoire. — Mort 7 mois 1/2 après.

7°. — BILLROTH. Observation rapportée par von Eiselsberg, *Langenb. Archiv.* t. XXXIX, H. 4, 1889, p. 785.

Malade âgé de 32 ans. — Incision médiane. Gastro-entérostomie postérieure. — Mort 16 jours après. Péritonite circonscrite.

Observation XI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT
LE QUATRIÈME JOUR

RYDYGIER, *Centralbl. f. Chirurgie*, n° 16, 1883.

Homme, âgé de 54 ans, souffre de maux d'estomac depuis 2 ans, de nausées et d'une douleur dans la région épigastrique. Dans ces derniers temps, il ne pouvait prendre en une seule fois qu'un peu d'aliments, et encore des aliments liquides.

Etat actuel le 8 mai 1882. — Homme de taille moyenne, très amaigri, teint cachectique. On trouve dans la région du pylore, une tumeur mobile et sensible à la pression et ayant la grosseur d'une pomme. — Dilatation de l'estomac. — Les autres organes ne présentaient rien de particulier. Les jours qui précédèrent l'opération et le jour même de l'opération, on lava l'estomac à l'aide d'une solution faible d'acide salicylique.

Opération le 13 mai. — Incision courbe des téguments, à droite de la ligne blanche et de haut en bas. Ouverture de la cavité péritonéale après hémostase. Après nous être persuadé que le néoplasme envahissait une très grande partie des parois de l'estomac, et que de nombreux ganglions étaient infiltrés, nous avons dû renoncer à la résection du pylore, pour pratiquer la gastro-entérostomie, suivant la méthode de Wœlfli, seulement, au lieu de soie, nous avons

employé du catgut, et nous n'avons employé aucun compresseur, ni aucune ligature provisoire, nous confiant pleinement aux mains de nos aides. Nous avons réussi à éviter tout écoulement du contenu intestinal dans la cavité péritonéale. Fermeture de la paroi abdominale sans drains, pansement de Lister.

Les trois premiers jours, l'état du malade était assez satisfaisant. Il se plaignait seulement de douleurs dans l'abdomen. La température était normale.

Le 13 mai (jour de l'opération), T. soir 37°,7; le 14, matin T. 37°,6, soir 37°,5; le 15, matin 37°, soir 36°,9. Le quatrième jour après l'opération, on donne un lavement au malade qui se plaignait de douleurs abdominales. Il s'en suivit une selle brunâtre et à odeur nauséabonde. Cette selle se reproduisit encore deux fois le même jour. Le soir le malade était plus tranquille. Ce jour-là, température 38° le matin; 37°,4 le soir. Le soir le malade devient agité et après une selle abondante, noirâtre et à odeur fétide, il tomba dans le collapsus et mourut à 4 heures du matin.

L'autopsie démontra que la mort était due à une hémorrhagie de la plaie de l'estomac. Le bout inférieur de l'intestin contenait une grande quantité de sang. Rien dans le duodénum, dans l'estomac et dans la cavité péritonéale. Les sutures étaient solides.

Observation XII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE — RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX DU
DUODÉNUM — SUCCÈS

RYDYGIER, *Centralblatt f. Chirurgie*, 1884, n° 23.

D. P..., âgé de 20 ans, souffre de l'estomac depuis 4 ans, il ne pèse plus que 51 kilogr. — Il s'agit d'un ulcère de l'estomac. Le malade affaibli par les hématomésés, se décide à entrer à la clinique. — A son entrée, 4 mars 1883, on trouve une forte dilatation de l'estomac. Il vomit fréquemment et avant de pratiquer l'opération, on cherche à le soulager au moyen de la pompe stomacale. Le malade se

trouve mieux après un traitement d'un mois ; il rentra chez lui, mais revint peu de temps après à la clinique, se déclarant prêt à l'opération. Nous songions à pratiquer alors la résection du pylore. Nous pratiquâmes la laparotomie. Incision de la ligne blanche, allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. L'ulcère ne s'étendait pas seulement sur le pylore, mais encore sur le duodénum. A ce moment aucune gastro-entérostomie pour le cas d'ulcère n'avait été publiée et ne voulant pas exposer la vie du malade, je refermai l'abdomen. Du reste, je n'étais pas encore bien édifié sur la gastro-entérostomie vu que tous les sept cas publiés jusqu'alors, sauf ceux de Wœlfler et de Lücke ont été mortels. — Le malade guérit et fut traité par la pompe stomacale. Nous lui apprîmes même à se servir de cet instrument. Il commit une faute de régime et devint extrêmement malade. On fut obligé de le nourrir et le poulx était tellement petit qu'il a fallu pratiquer des injections d'huile camphrée. Il revint à lui et il accepta la proposition d'une deuxième opération.

Opération, 13 mars 1884. — Incision sur la ligne blanche et au niveau de la cicatrice que l'on dut prolonger jusqu'à l'ombilic en raison de son adhérence à la surface du foie. On trouve facilement le pli jéjuno-duodénal, suivant l'indication de Wœlfler, après avoir relevé le côlon transverse et le péritoine.

On descendit à 40 centimètres plus bas et au moyen de clamps, on isola sur une longueur de 10 centimètres, la portion d'intestin qui devait être anastomosée, après avoir au préalable vidé son contenu avec les doigts. Ces clamps furent placés sur l'intestin, après qu'on eut perforé le mésentère. Incision de 5 centimètres sur la partie convexe de l'intestin. Un aide fait un pli de 8 centimètres sur l'estomac récliné vers en haut. Le pli se trouvait éloigné de la grande courbure de 4 centimètres. On suture d'abord à l'estomac le bord postérieur de la plaie de l'intestin au moyen d'une suture de Kurschner qui intéressait la musculo-séreuse à la manière d'une suture de Lembert. Puis on incisa le pli de l'estomac sur une longueur de 5 centimètres et on lia au

moyen de fils de catgut les vaisseaux qui donnaient. Puis on plaça une deuxième rangée de sutures (également sutures de Kurschner), sutures muqueuses qui réunissaient les bords postérieurs de l'estomac et de l'intestin. Puis on établit une suture de Czerny en avant, ainsi qu'une suture de Kurschner ; et enfin, on plaça une troisième rangée superficielle au niveau des bords antérieurs de la plaie, suture à la manière de Czerny, mais à points séparés. Le bord postérieur était donc suturé au moyen de deux rangées, tandis que le bord antérieur en portait trois. — On insère ensuite le bout supérieur à la paroi antérieure de l'estomac au moyen de trois points de suture placés assez haut pour éviter que le contenu de l'estomac prenne une fausse direction. Point de toilette du péritoine. On ferme l'abdomen au moyen de points profonds et superficiels. Pansement au sublimé.

Grande faiblesse du malade, point de fièvre le cinquième jour ; mais il survint une parotidite du côté droit. — T. 39°. — Le huitième jour suppuration d'un point de suture. Le malade n'a plus vomi depuis l'opération. — 10 jours après l'opération, selle à la suite d'un lavement, puis les selles deviennent régulières. — En 1884, j'eus des nouvelles du malade. Il se porte bien et va à la selle régulièrement tous les jours 2 et 3 fois.

Observation XIII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. —
SUCCÈS

Mémoire de ROCKWITZ. — RYDYGIER, *Deutsche Zeitsch.*
f. Chirurgie, T. XXV, p. 502, 1887.

K. B..., âgé de 32 ans, toujours bien portant ; point d'antécédents. Diarrhée opiniâtre pendant qu'il faisait son service militaire. L'affection a débuté il y a un an : vomissements, hématomèses et mélaena. Traitement médical qui ne soulage que fort peu le malade. Entré à la clinique le 16 juin 1884. Homme amaigri, de taille moyenne ; pou-

mons, foie, reins, normaux ; douleur à la palpation, dans la région pylorique. On ne sent point de tumeur ; dilatation de l'estomac.

Opération le 20 juin 1884. — On se propose de pratiquer la résection du pylore. Les adhérences au foie et à la vésicule biliaire ne purent être rompus ; il fallut pratiquer la gastro-entérostomie, qui fut exécutée comme précédemment. On trouve très facilement le pli jéjunoduodénal, ce qui est très important, d'abord parce que nous sommes sûrs de placer la fistule très haut sur l'intestin, et ensuite parce que nous savons quel est le bout supérieur et quel est le bout inférieur.

Suites de l'opération normale. — On enlève le premier pansement le huitième jour. La plaie de l'abdomen est fermée. Le onzième jour, selle après lavement ; puis les selles furent régulières. Le 22 juillet 1884, le malade sortit guéri. Le malade nous donna de ses nouvelles par lettre ; il se porte très bien ; selles régulières, point de douleurs dans la région de l'estomac, il reprend ses anciennes forces.

Observation XIV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. —
SUCCÈS

RYDYGIER, *Prezglad le karski* 1885, n° 6. — *Centralblatt f. Chirurgie* 1885, n° 27.

Homme de 35 ans, qui fut pris, il y a quelques années, de douleurs abdominales violentes avec hématemèses et mélaena, qui se renouvelèrent deux fois encore ; le malade, malgré les médicaments, s'affaiblissait de jour en jour. On ne pouvait point sentir de tumeur dans la région épigastrique ; estomac dilaté, région pylorique douloureuse à la pression. Le 26 juillet 1884, on pratique la laparotomie en vue d'une résection du pylore. Le pylore est adhérent au foie et à la vésicule biliaire, il n'est pas possible de l'isoler. On pratique la gastro-entérostomie suivant la méthode de Wœlfle, avec cette modification qu'au lieu d'employer la suture à points séparés, on emploie la suture de Kurschner pour anastomoser l'anse à l'estomac. — Suites de

l'opération, excellentes. Le malade quitte l'hôpital 37 jours après l'opération.

Observation XV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT
LE LENDEMAIN

KOCHER, *Correspond. f. Schweizer Aerzte*, 1885, n° 23.

Je pratiquai la gastro-entérostomie suivant la méthode de Wœlflier chez un homme de 50 ans.

La tumeur était d'abord apparue mobile dans le sens transversal, mais après l'ouverture de l'abdomen, le 5 juin 1882, elle fut trouvée adhérente, de telle sorte qu'elle ne put être attirée en avant. On trouva des ganglions cancéreux, ainsi que des noyaux cancéreux, sur le péritoine. On ne put donc songer à la pylorectomie, en raison de la sténose considérable du pylore, et on fit la gastro-entérostomie. L'opération fut exécutée sans grande difficultés. — Le malade se trouva bien après l'opération, mais, le soir, il vomit des matières noirâtres et extrêmement fétides. Il survint des douleurs intolérables et la température monta jusqu'à 39°. Comme il n'y avait point de symptômes de péritonite, on pensa que l'irruption du contenu intestinal dans l'estomac était cause de cette décomposition ; je résolus donc de remettre les choses en place en ouvrant de nouveau l'abdomen et en supprimant l'anastomose. Le péritoine était normal. L'estomac et l'intestin étaient bien anastomosés. On les sépara l'un de l'autre et on les sutura de nouveau, chacun séparément. On enleva, au moyen de la sonde, le contenu fétide de l'estomac. L'amélioration fut de courte durée : le malade mourut le lendemain matin à 6 heures. L'autopsie fut pratiquée incomplètement : on constata que la tumeur avait envahi le pancréas.

Observation XVI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — MORT DOUZE JOURS APRÈS

KOCHER, rapportée par MONOD, *Société de Chirurgie*, 1889.

Opération le 25 octobre 1888. — Le 6 novembre, le malade

quitte l'hôpital et meurt subitement. Autopsie : l'anastomose est solide. L'estomac s'est rompu au niveau du pylore cancéreux. Kocher, dans ce cas, avait mis en œuvre un procédé particulier d'incision et de suture des viscères, se rapprochant beaucoup de celui de Courvoisier.

Observation XVII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. —
MORT QUATORZE MOIS APRÈS — CACHEXIE

LUCKE, (ROCKWITZ, *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, t. XVII, 1887, p. 502).

Femme âgée de 31 ans, n'ayant point d'antécédents héréditaires. Ayant eu une fièvre typhoïde grave mais point d'autre maladie. Un an avant d'entrer dans la clinique chirurgicale, elle subit la castration dans la clinique de gynécologie, pour myôme utérin, cause de métrorrhagies. Elle supporta bien cette opération et fut guérie de ses maux. A la fin de cette même année, elle eut des douleurs d'estomac et des vomissements, principalement après les repas. L'appétit était mauvais et la femme très amaigrie. Les douleurs de l'estomac augmentèrent jusqu'à son entrée à la clinique médicale. On constata alors chez cette femme amaigrie et anémiée une dilatation considérable de l'estomac et au bord externe du muscle droit, à quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal une tumeur dure qui se laissait déplacer à gauche jusque sur la ligne médiane et à droite jusque sur la ligne mamillaire.

Opération le 25 mai 1882. — Avant l'opération, on pratique des lavages de l'estomac, on enveloppe les membres dans du coton, on donne des lavements laudanisés ; spray à l'acide phénique dans la salle d'opération.

Chloroformisation. — Incision oblique de l'abdomen ayant 15 centimètres de long et passant par dessus la tumeur et allant jusqu'à l'ombilic. Après ouverture du péritoine on voit que la tumeur est fortement adhérente par sa base au foie, à la vésicule biliaire et à la tête du pancréas. On attire l'estomac au dehors et au moyen de pinces à

branches parallèles et recouvertes de caoutchouc, on saisit une portion de la paroi antérieure avasculaire de l'estomac, puis on choisit une anse intestinale quelconque que l'on rapproche de la partie antérieure de l'estomac comprise entre les pinces. On pratique une incision de cinq centimètres sur l'intestin et l'estomac ainsi isolés. On réunit les lèvres des deux ouvertures au moyen de sutures muqueuses et de sutures de Lembert faites à la soie ; puis on enlève les pinces, on désinfecte le champ opératoire, on remet en place l'intestin et l'estomac et on ferme l'abdomen après avoir placé une suture péritonéale et cutanée. Pansement à l'iodoforme et à la gaze thymolée. Durée de l'opération, 2 h. 1/2.

Apyrexie complète, réunion par première intention. Bientôt les digestions furent normales. La malade quitte l'hospice après 37 jours de séjour. Quatre semaines après la malade se porte parfaitement bien, elle a augmenté de 7 livres.

Son mari nous apprit qu'elle mourut 14 mois après l'opération. Elle avait été délivrée jusqu'à sa mort de ses douleurs et elle avait pu vaquer encore longtemps à ses occupations.

Observation XVIII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CANCER DU PYLORE. — MORT
LE DIX-HUITIÈME JOUR. — ILEUS

LUCKE, *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, T. XVII, p. 503, 1887.

Femme mariée, âgée de 46 ans, sans antécédents héréditaires et n'ayant point de maladies antérieures. Mariée à l'âge de 26 ans elle eut un fils qui se porta bien. Ménopause il y a cinq ans. A cette époque elle eut de la peine à digérer les aliments. Elle avait des douleurs, des vomissements et une sensation de pression dans l'abdomen. Les douleurs cessaient après que la malade avait vomi, jusqu'à ce que le lendemain l'estomac fût de nouveau rempli. Les vomissements étaient toujours abondants. Dans ces derniers temps, la malade supporta seulement des aliments liquides. Constipation. Dès son entrée à la clinique, on constata que c'était une femme amaigrie. Organes respiratoires

sains ; langue chargée, poulx petit, épigastre rétracté ; tumeur facile à sentir. Elle siège à droite de la ligne médiane, sa partie supérieure siège à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes, sa partie inférieure siège à côté de l'ombilic. La tumeur est dure, bosselée, indolore. L'estomac étant vidé, la tumeur se laisse déplacer à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic en haut et à droite. Estomac fortement dilaté, sa grande courbure atteint les épines iliaques antérieures et supérieures.

Opération le 3 novembre. — Incision de l'abdomen depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane. La tumeur était adhérente au foie et au pancréas. On s'abstient de la résection du pylore et on pratique la gastro-entérostomie, comme dans le cas précédent. Le péritoine, les muscles de la paroi et la peau sont réunis avec des sutures à points séparés.

Le lendemain de l'opération tout allait bien, mais le quatrième jour survinrent des vomissements qui se répétèrent plusieurs fois par jour et qui affaiblissaient la malade. Suppuration à la partie inférieure de la plaie, il a fallu drainer l'incision. On donne à la malade des lavements alimentaires, malgré cela les vomissements persistent et devinrent même fécaloïdes. — Mort le dix-huitième jour après avoir présenté les symptômes de congestion pulmonaire ; il y avait toujours eu apyrexie.

Autopsie. — Cadavre amaigri, ventre ballonné et fortement tendu. L'incision est béante en partie, elle est cicatrisée au niveau de l'appendice xiphoïde. Dans le fond de la plaie on aperçoit une membrane rougeâtre qui recouvre les intestins. Dans le voisinage de la plaie, il y eut quelques hémorrhagies sous-cutanées. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula une sérosité jaunâtre mêlée à des matières fécaloïdes. La suite montra qu'on avait fait à cet endroit une ouverture qui conduisait dans l'estomac. La cavité abdominale contenait un liquide clair. Le côlon ascendant, transverse et descendant était en partie adhérent. La paroi antérieure du côlon transverse est croisée

par la partie supérieure de l'iléon qui appartient à l'anse créée par l'opérateur et le côlon est ainsi partagé en deux portions. La portion gauche fortement distendue descend jusqu'à la symphyse. Il n'y a point d'adhérence de cette portion avec le côlon transverse, cependant le mésentère de l'anse bride en partie le côlon transverse. La portion du jéjunum qui est située derrière le côlon transverse ne présente rien d'anormal. L'estomac est fortement dilaté. Le pylore est transformé en un tube rigide par la tumeur qui laisse à peine passer un cathéter et s'étend sur une surface de 7 à 8 centimètres. La partie antérieure de l'estomac ainsi que la portion initiale du duodénum sont adhérentes à la partie inférieure du foie. La surface interne de l'estomac est infiltrée dans sa portion moyenne. Au niveau du cul-de-sac de l'estomac et à 2 centimètres de la portion infiltrée par le cancer se trouve l'incision longitudinale. On trouve sur l'intestin l'ouverture dont les bords sont insérés circulairement à l'incision de l'estomac. Les fils ont un peu coupé l'insertion par suite de la traction de l'intestin. On constata en outre dans le petit bassin une tumeur grosse comme le poing, qui n'est autre qu'un papillome kystique de la trompe.

Observation XIX

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. — SUCCÈS.

LUCKE, *Mémoire de Rockwitz*. — *Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie*, t. XVII, Rockwitz, 1887, p. 502.

Femme mariée, 22 ans, point d'antécédents héréditaires, point de maladies antérieures. Mariée il y a 2 ans et demi : deux enfants, l'un est mort à la suite de la scarlatine, l'autre vit et est bien portant. A la suite de son accouchement et particulièrement il y a 10 mois, elle eut des douleurs d'estomac épouvantables, des nausées, des vomissements, une et deux heures après les repas.

Selle tous les 3 et 4 jours. Sensation de soif violente, grand amaigrissement dans ces derniers temps. — Voici ce que l'on constata à la clinique médicale : femme amaigrie et affaiblie, point de pannicule

adipeux, bruits du cœur faibles, poumons normaux. Epigastre rétracté. Limites de l'estomac visibles : la grande courbure de l'estomac dépasse l'ombilic de trois travers de doigt. Mouvements péristaltiques très accentués, clapotement stomacal facile à provoquer. Après les lavages de l'estomac, on sent une tumeur douloureuse ayant la grosseur d'un œuf de poule et siégeant sous le rebord droit des côtes, entre la ligne parasternale et mamillaire. La tumeur se laisse déplacer jusque sous le muscle droit, gauche, et elle dépend du pylore puisque l'on peut reconnaître l'antrum du pylore à travers les parois de l'abdomen. Température normale. La malade prend du lait et du bouillon en petite quantité et des lavements alimentaires, on lui fait des lavages fréquents. Le diagnostic de tumeur du pylore étant posé, on fait évacuer la malade dans la clinique chirurgicale. La diète et les lavages de l'estomac relevèrent l'état général de la malade de telle façon qu'elle se sentit forte et délivrée de ses maux. Selles assez régulières, elle ne vomit que 3 fois en 12 jours.

Opération le 25 novembre 1885. — Précautions pré-opératoires habituelles. Bains. Enveloppement des extrémités avec des bandes de flanelle. Lavages d'estomac, lavements laudanisés. Une heure avant l'opération, spray à l'acide phénique dans la salle. Désinfection des parois abdominales. Anesthésie au diméthylacétal-chloroforme.

Incision de l'abdomen sur la ligne blanche depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. Ouverture du péritoine après hémostase. Le péritoine incisé fut fixé aux bords de la plaie de l'abdomen au moyen de quelques points de suture. La tumeur siège sur le pylore, elle adhère à la veine porte ainsi qu'à la paroi postérieure de l'estomac. La surface séreuse de la tumeur est recouverte de nodules blancs.

On pratique la gastro-entérostomie puisque la résection paraît impossible. On attire au dehors une portion de la paroi antérieure avasculaire de l'estomac et on la fixe au moyen de pinces à branches parallèles. Puis on attire hors de l'abdomen une portion d'intestin qui paraît appartenir à la portion initiale de ce viscère et qui se laisse

facilement rapprocher de l'estomac. On exprime cette anse au moyen des doigts et on assure l'occlusion au moyen de deux pinces. Les portions isolées de l'estomac et de l'intestin sont maintenues hors de l'abdomen, tout le reste est remis en place. Les parties qui sont situées au dehors sont protégées par des compresses au thymol. Le champ opératoire est protégé au moyen de gaze iodoformée. On incise l'estomac près de la grande courbure, sur une longueur de 5 à 6 centimètres, on fait une incision semblable sur l'intestin ; presque point de sang. On réunit les lumières par des sutures à points séparés faits à la soie, environ au nombre de 70 : d'abord sutures muqueuses au bord postérieur de la plaie, puis par-dessus sutures de Lembert ; on procède de même pour le bord antérieur. On remarque après avoir placé les points de sutures antérieurs que la lumière de l'intestin est plus grande que celle de l'estomac, on est obligé de suturer à elle-même une petite portion d'intestin. Les sutures terminées, leur solidité étant éprouvée, on enlève les pinces, il n'y eut point d'hémorrhagie. On désinfecte le champ opératoire et les portions intestinales proéminentes au moyen d'une solution de thymol ; puis on remet en place l'estomac et l'intestin.

Pansement léger à l'iodoforme. Durée de l'opération deux heures. Collapsus à la fin de l'opération, on donne une injection d'huile camphrée. La malade portée dans son lit chauffé, est tellement misérable qu'il faut lui donner une nouvelle injection d'huile camphrée. La malade se relève un peu, point de vomissements. Le soir, douleurs violentes de l'abdomen qui est sensible à la pression, poulx filiforme, tympanisme généralisé dans tout l'abdomen. Le cathétérisme ne ramène que quelques gouttes d'urine. Les douleurs sont intolérables, on donne à la malade 0 gr. 005 de morphine et une injection d'huile camphrée. Une heure après, la malade eut un repos complet et fut délivrée de ses douleurs. Petits morceaux de glace pour apaiser la soif. Lavements alimentaires. Le troisième jour on donne du lait, le quatrième jour du bouillon avec un œuf, le sixième jour ris de

veau. Après avoir pris une quantité de lait plus grande que d'habitude, la malade eut des vomissements abondants qui ne se reproduisirent plus. La malade put prendre tous les aliments. Le huitième jour, selle abondante et bien moulée. Le douzième jour, la malade se lève pour la première fois. Le jour de son départ, trois semaines après l'opération, l'augmentation du poids était de 19 livres. Quatre mois après, la malade avait gagné encore 20 livres ; sa mine est splendide, elle-même n'a plus de douleurs. Elle dit qu'elle supporte tous les aliments et elle dit être assez forte pour faire les ouvrages les plus pénibles dans son ménage. J'ai appris par lettre que cet état persiste aujourd'hui encore ; la malade se trouve très bien et n'est gênée que par la rotondité excessive de son abdomen.

Observation XX

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE — MORT 6 MOIS APRÈS — CACHEXIE

LUCKE, *Mémoire de Rockwitz*. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*,
t. XVII, 1887, p. 502.

Veuve, âgée de 45 ans. Douleurs de l'estomac habituelles, plus intenses depuis juin 1885, vomissements tous les deux ou trois jours. — Selles difficiles.

A son entrée dans la clinique médicale, pannicule adipeux fortement développé, paroi abdominale lâche. Ventre saillant, épigastre déprimé. Estomac dilaté, clapotement stomacal. La grande courbure descend jusqu'à cinq travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On sent une tumeur cylindrique en haut et à droite de l'ombilic, cette tumeur suit les mouvements respiratoires et peut être mobilisée à droite et à gauche après les lavages de l'estomac. Elle se laisse bien délimiter après que l'on a vidé l'estomac, et elle est douloureuse au toucher. On propose l'opération à la malade. Après avoir passé huit jours chez elle, la malade rentre le 5 janvier 1886 à la clinique chirurgicale. Son état avait empiré ; les vomissements étaient plus fréquents et la tumeur déterminait de fortes douleurs. La malade avait diminué de 15 livres dans ces derniers temps.

Opération le 24 janvier 1886. — Précautions pré-opératoires habituelles. On doute de pouvoir pratiquer une opération radicale. Anesthésie avec un mélange de chloroforme et de diméthylacétal. Incision médiane depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. On trouve la tumeur adhérente au péritoine pariétal. Cette adhérence est sectionnée et l'hémostase est faite au thermocautère. La tumeur a envahi une grande partie de la paroi antérieure de l'estomac, une partie du duodénum et est fixée en arrière du foie. On pratique facilement la gastro-entérostomie. L'établissement de la fistule se fait sans aucune difficulté comme dans le cas précédent. La paroi infiltrée de l'abdomen fut excisée. On se sert comme antiseptique d'une solution de thymol et de sublimé, 1/5000. On place un petit drain entre la peau et l'aponévrose. Pansement à l'iodoforme, durée de l'opération 1 heure. Les 90 cmc d'anesthésique employés, déterminent des nausées et des vomissements. Collapsus vers la fin de l'anesthésie. On pratique plusieurs injections d'huile camphrée. Douleurs violentes après l'opération, qui s'apaisent vers le soir. Ventre ballonné et douloureux qui nécessite une injection de morphine. Pendant la nuit, vomissements abondants qui cessent le lendemain. On donne un peu de lait à la malade. Le surlendemain, vomissements bilieux. Le quatrième jour, vomissement fécaloïdes d'abord faibles, puis plus abondants suivis d'un collapsus menaçant. Un lavage d'estomac pratiqué alors, ramène une grande quantité de liquide. Après ce lavage, la malade se relève un peu. Les jours suivants, on pratique encore plusieurs lavages qui soulagent beaucoup la malade. Les vomissements cessent, la malade éprouve le besoin d'aller à la selle, on lui donne un lavement avec infusion de séné. Quatre selles spontanées les jours suivants. A partir de ce jour, amélioration sensible. La plaie abdominale est guérie sans réaction. Convalescence lente mais progressive. Selles après lavements et légers purgatifs. Elle supporte facilement une nourriture légère. La tumeur occasionne encore quelques douleurs. La malade très affaiblie quitte la clinique le 4 mars, son état est amélioré et le poids de son corps a augmenté de cinq livres.

L'amélioration ne fut pas de longue durée. Les douleurs légères de l'abdomen persistèrent, il y eut de nouveau quelques vomissements la malade ne supporta plus les aliments solides ; elle dut s'aliter à nouveau. Le 24 mai elle revint à la clinique, elle est considérablement amaigrie et se plaint de douleurs violentes. — Le ventre est ballonné, la tumeur n'a point changé. Langue chargée, pouls petit, constipation, légers vomissements. L'état ne devint pas meilleur malgré les lavages de l'estomac et les lavements. Elle mourut le 20 juin après avoir présenté tous les symptômes de l'inanition.

Autopsie. — Corps amaigri, œdème léger des extrémités. — Pannicule adipeux épais de 2 centimètres sur l'abdomen, atrophie musculaire. Sur ligne blanche, cicatrice ayant une longueur de 8 centimètres, au-dessous d'elle tumeur grosse comme le poing d'un adulte, adhérente aux parois de l'abdomen et s'étendant jusqu'au foie. Environ 200 cmc d'un liquide jaune, trouble, dans lequel on trouve des flocons nombreux de consistance dure, manifestement cancéreux. Le péritoine est couvert de noyaux semblables. Le côlon transverse est dans sa situation normale, il n'est point adhérent à la tumeur. Au-devant du côlon, passe une anse intestinale qui va se perdre dans la tumeur et qui se trouve être celle qui a été insérée à l'estomac lors de l'opération ; elle appartient au jéjunum. La portion droite appartenant au bout inférieur, est étroite et est séparée de la valvule iléocœcale de 4 m. 12 ; la portion gauche appartenant au bout supérieur est fortement distendue, elle est remplie de bile et on peut la poursuivre jusqu'à la portion horizontale du duodénum. Depuis la portion horizontale jusqu'à l'endroit où s'insère l'anse intestinale, on mesure un mètre. En pressant sur l'estomac rempli, il ne s'écoule point de liquide à travers le pylore, au contraire, il s'échappe de l'air et du liquide dans les deux branches de l'anse anastomosée. Après ouverture de l'estomac, on voit que le pylore est le siège d'une tumeur cancéreuse. L'anneau pylorique est fortement épaissi, sa musculature est hypertrophiée, et son diamètre mesure 1 cent. 1/2. Le cancer envahit la grande courbure

de l'estomac sur une étendue de 12 centimètres, il est séparé de l'œsophage de 7 centimètres. L'ouverture de l'anastomose est située à cinq centimètres de la tumeur, elle est ronde, dure et formée d'une muqueuse lisse. On remarque encore sur la muqueuse un fil de soie. L'orifice conduit directement dans la portion gauche dilatée tandis qu'une sonde pénètre difficilement dans le bout inférieur affaissé, et elle ne pénètre qu'après avoir décrit quelques courbures. Ces courbes sont dues à ce que le bout inférieur de l'intestin est rattaché à la paroi antérieure de l'estomac, par des masses dures rétractées. Entre les deux orifices, on trouve un éperon assez marqué. Œdème considérable des deux poumons. La partie inférieure du poumon droit est adhérente au ligament falciforme et on y trouve des productions carcinomateuses. On trouve de nombreuses tumeurs blanchâtres sur la partie abdominale du ligament falciforme. Les reins, le foie et la rate sont indemnes de toute lésion.

Observation XXI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT SIX MOIS APRÈS. — CACHEXIE

LÜCKE. — Mémoire de ROCKWITZ, *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, T. XVII, 1887, p. 502.

Homme de 48 ans, père de deux enfants bien portants ; point de maladies antérieures. L'affection actuelle aurait débuté il y a quatre semaines par de la constipation et des vomissements. Le malade dit que les matières qu'il vomissait avaient une odeur fécaloïde. Les vomissements survenaient souvent après les repas. Le malade a travaillé jusqu'à il y a 8 jours. A la clinique médicale, on constata fort peu de chose chez ce malade amaigri et affaibli. Langue chargée, pouls petit, à peine sensible à la radiale ; poumons normaux, cœur petit, bruits du cœur affaiblis, sans souffle ; ventre souple, déprimé, indolent ; point de tumeur. L'estomac descendait jusqu'à un travers de main au-dessous de l'ombilic. Le malade ne prend que des aliments liquides ; on lui pratiqua des lavages de l'estomac qui firent diminuer un peu

les vomissements, mais les nausées persistent. Constipation qui ne cédaît qu'aux lavements. Quelques semaines après seulement, on put constater qu'il existait une tumeur au pylore, grosse comme un œuf de poule, qui était ordinairement à droite et qui se laissait mouvoir un peu latéralement. Le poids de son corps était tombé de 54 kilogr. à 51 kilogr., en 6 semaines.

Opération le 30 Mars. — Anesthésie au diméthylacétal-chloroforme. Incision médiane de 12 à 15 centimètres, contournant l'ombilic et s'étendant partie au-dessus, partie au-dessous de lui. Après ouverture du péritoine, on constate que la tumeur du pylore est fixée en arrière, qu'elle s'étend sur la paroi postérieure de l'estomac, et qu'il y a une grande quantité de ganglions infiltrés. On s'abstient de la résection du pylore et on pratique sans difficulté la gastro-entérostomie. L'anse intestinale est attirée hors du bassin, au-devant du côlon transverse, et anastomosée à l'estomac. Les intestins sont enveloppés dans une compresse imbibée d'une solution de thymol. Sutures à la soie du péritoine, des aponévroses et de la peau. Durée de l'opération : 2 heures.

Le malade revient à lui une demi-heure après l'opération. Le poulx est petit, mais n'est point inquiétant. Le soir, un lavement alimentaire, point de douleur. Dans la suite, point de douleur, point de vomissements. Les forces reviennent rapidement. Guérison de la plaie par première intention. Les trois premiers jours, on donne chaque jour trois lavements alimentaires ; le quatrième jour, œuf et bouillon ; le sixième jour, viande ; le septième jour, selle moulée et brune. Douze jours après l'opération, le malade se lève. Le 15 avril, il quitte la clinique. Il n'eut plus de vomissements ; selles régulières et normales. — Le 19 juin, le malade revient à la clinique ; il est dans un état cachectique très avancé : teinte jaune paille de la peau, augmentation de volume du foie, somnolence profonde, léger délire. Mort le 21 juin.

Autopsie. — Léger œdème des extrémités supérieures et inférieures et du scrotum. Cerveau flasque, œdème de la pie-mère ; ventre

ballonné, cicatrice sur la ligne blanche, contournant l'ombilic, distante de l'appendice xiphoïde de 6 centimètres, de la symphyse de 13 centimètres, et ayant 14 centimètres de long; 800 cmc de liquide jaunâtre avec flocons fibrineux dans le péritoine. Le gros intestin est fortement distendu. La séreuse de Douglas et de la fosse iliaque, est remplie de nombreux noyaux miliaires. La tumeur de l'estomac est fortement adhérente à la cicatrice cutanée. Une anse d'intestin est attachée à l'estomac et au-dessous d'elle passe le côlon transverse. Le cœcum et le côlon descendant sont également fortement distendus. Le côlon transverse, à l'endroit où il passe au dessous de l'anse intestinale, est adhérent à l'anse droite; cependant, il est perméable partout. La portion de l'intestin située à droite, passe bientôt au-dessus de la portion horizontale du duodénum, dont elle est séparée par 12 centimètres seulement; la portion gauche de l'intestin est un peu plus large que l'autre; son insertion a lieu à 8 mètres du cœcum. Une grosse sonde peut franchir encore le pylore. A l'ouverture de l'estomac, on aperçoit une tumeur dure qui n'est pas bien limitée, autour de laquelle se trouvent des noyaux isolés. A 4 centimètres de la tumeur, et à une distance de 14 centimètres du pylore, on voit l'orifice arrondi, créé par l'opération. Son diamètre longitudinal a 2 cent. 1/2 et son entrée est couverte d'une muqueuse enflammée. Autour de cette tumeur, on trouve des noyaux isolés; quand on verse de l'eau dans l'orifice, le liquide s'écoule à la fois dans les deux conduits. La musculature de la portion pylorique de l'estomac est hypertrophiée; elle mesure 1 centimètre à sa portion la plus épaisse. Rien d'anormal dans l'intérieur de l'anse anastomosée.

Observation XXII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE — CARCINOME DU PYLORE

LUCKE, *Mémoire de Rockwitz, Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie*, t. XVII, 1887, p. 502.

Homme âgé de 25 ans, étameur. Marié, père d'un enfant, point d'antécédents héréditaires. Depuis un an, à la suite d'une vie irrégulière,

surviennent des difficultés dans la digestion, des vomissements acides et des douleurs intenses après les repas. Une cure faite avec du sel de Carlsbad procura au malade une légère amélioration. Puis l'état devint moins bon et il y eut des alternatives de diarrhée et de constipation. Affaiblissement du malade, il ne peut plus travailler. Dans ces derniers temps les vomissements ont cessé, mais les douleurs sont devenues plus violentes ; point d'hématémèse.

C'était un homme amaigri et affaibli ; épigastre rétracté. Clapotement stomacal, abdomen tendu. Point de tumeur à la palpation. Dans la région de l'ombilic, il y a de la sonorité à la percussion. Vomissements fréquents de matières acides et mal digérées. Les lavages d'estomac avec de la cocaïne et de l'acide salicylique procurent quelque soulagement. On donne des injections de morphine contre les douleurs. Le malade maigrit beaucoup et tombe de 50 kilogr. à 46 kilogr. Les symptômes de rétrécissement augmentent toujours ; on découvre enfin entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde à droite de la ligne médiane une tumeur dure mal limitée. Le malade fut évacué dans la clinique de chirurgie. On donne des injections de morphine jusqu'au jour de l'opération en raison des grandes douleurs.

Opération le 3 avril 1886. — Anesthésie au diméthylacétal-chloroforme. Incision de la ligne blanche commençant au-dessus de la tumeur, passant à gauche de l'ombilic et jusqu'à cinq centimètres au-dessous de lui. Incision du péritoine que l'on fixe provisoirement aux bords de la plaie abdominale. On voit que le pylore est le siège d'une tumeur dure, adhérente aux parties voisines, peu mobile mais se laisse cependant attirer au dehors de l'abdomen. On recherche une anse intestinale du petit bassin ; on fait une incision de 6 à 7 centimètres sur une portion avasculaire de la paroi antérieure de l'estomac, après y avoir placé des pinces. Après que l'anse fut attirée par-dessus le côlon transverse, on abouche les deux orifices au moyen de 36 points muqueux et de 44 points sérieux. Toilette du péritoine au moyen d'éponges imbibées d'une solution de sublimé très faible. Suture du péritoine, des aponé

vroses et de la peau. On place un drain à la partie déclive de la plaie. Pansement iodoformé. Durée de l'opération, 1 h. 1/2.

Le malade se réveille une demi-heure après l'opération. Dans l'après-midi, le pouls devient faible ; injection d'huile camphrée. Le soir, douleurs violentes dans l'abdomen ; on donne 0,01 centigr. de morphine en injection sous-cutanée. Les jours suivants, les douleurs de l'abdomen nécessitent des injections de morphine. Le troisième jour, selles sanglantes, et l'on constate une gingivite mercurielle. Le soir, légère élévation de la température. Les selles diarrhéiques sanglantes s'arrêtent au bout de trois jours : on donne souvent de la teinture d'opium. Les douleurs de l'abdomen disparaissent peu à peu, le pouls est mieux frappé et le malade se trouve mieux. La plaie abdominale fut guérie par première intention. Le huitième jour après l'opération, il y eut des vomissements verdâtres qui se répétèrent pendant quatre jours de suite ; les lavages de l'estomac pratiqués chaque jour apportent quelque soulagement. Selles normales et régulières. Après que les vomissements eurent cessé, l'état général se releva rapidement. Le malade qui jusqu'alors n'avait pris que des œufs et du lait, put prendre de la viande. Abscès survenu après injection sous-cutanée de morphine, il guérit après incision. Le 23 mai, le malade quitte l'hôpital, son état général est satisfaisant. Le malade de 46 kilogr. 7 qu'il pesait avant l'opération atteignit le poids de 59 kilogr. 5.

Observation XXIII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. —
MORT UN AN APRÈS : CACHEXIE.

LUEKE. — ROCKWITZ, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XVII, 1887, p. 502.

Femme mariée âgée de 47 ans ayant eu la diphtérie, éprouva il y a un an de temps en temps des douleurs dans la région de l'estomac. Depuis six mois régurgitations acides et vomissements de matières acides. Les vomissements qui ne survenaient d'abord que tous les

quelques jours, devinrent plus fréquents et dans ces derniers temps toute nourriture, même liquide, était rejetée. La malade, autrefois saine et forte, était considérablement amaigrie. L'examen pratiqué chez cette femme amaigrie permit de constater qu'il y avait une forte tension des muscles droits. Entre eux et au-dessus de l'ombilic il existait une tumeur qui faisait saillie sous la paroi abdominale. Cette tumeur est dure et se laisse mobiliser à droite et à gauche ; placée au-dessus de l'aorte elle est animée de battements. Clapotement stomacal très marqué ; l'estomac descend jusqu'au-dessous de l'ombilic. Lorsque l'estomac est dilaté au moyen du bicarbonate de soude et d'acide tartrique, la tumeur s'incline vers le rebord costal droit. Foie et cœur normaux. Pouls radial très petit. Lavages fréquents de l'estomac contre les vomissements, quelquefois un peu de sang avec les matières vomies.

Opération le 2 juin 1886. — Précautions préopératoires habituelles. Anesthésie au diméthylacétal-chloroforme sans incident. Ouverture du péritoine : on aperçoit une tumeur du pylore ayant la taille d'un poing d'enfant, quelques noyaux isolés sur la paroi antérieure de l'estomac. La paroi postérieure de l'estomac est infiltrée sur une grande étendue. Une portion du péritoine infiltrée située très près de l'ouverture de l'abdomen est excisée. Les ganglions qui entourent la veine-porte sont infiltrés. On renonce à la pylorectomie. On pratique la gastro-entérostomie. Après avoir sorti du petit bassin une anse intestinale, on cherche à déterminer sa direction. On touche l'intestin au moyen d'un cristal de sel suivant la méthode de Nothnagel, il se produit un léger mouvement péristaltique. La direction de ce mouvement fut regardée comme étant un mouvement ascensionnel. On prend pour établir l'anastomose une portion qui passe facilement au-dessus du côlon transverse. On ouvre l'intestin sur une longueur de 4 à 5 centimètres après y avoir placé des pinces, et on fait 34 points muqueux, 45 points séreux. Réunion facile. Compresses chaudes au thymol pour protéger les intestins. La suture du péritoine est difficile parce qu'il déchire partout, il est suturé en même temps que les aponévroses ;

suture de la peau. Pansement occlusif à l'iodoforme et gaze iodoformée. Durée de l'opération, 1 h. 3/4.

Point de collapsus après l'opération. Lavements alimentaires, un peu de glace pour apaiser la soif. Les premiers jours, éructations fréquentes avec odeur fécaloïde, point de vomissements. Depuis le troisième jour, légère diarrhée qui cède lorsqu'on abandonne les lavements. Réunion de la plaie par première intention. Six jours après l'opération, la malade prit du riz de veau et de la soupe aux pommes de terre. La malade est délivrée de toutes ses douleurs et elle se remet très vite. Elle quitte l'hôpital trois semaines après, mais elle n'a pas augmenté de poids.

La malade succombe à la fin de l'année chez elle aux progrès de son carcinome.

Observation XXIV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. —
SUCCÈS

LUCKE, *Mémoire de Rockwitz*. — *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*,
T. XVII, 1887, p. 502.

Femme mariée, 39 ans, point d'antécédents héréditaires, 6 enfants sains ; n'a pas été malade jusqu'alors. L'affection a débuté il y a deux ans et demi par des douleurs violentes dans la région du foie et accompagnées d'ictère. Depuis ce temps il y eut de temps en temps des douleurs dans l'hypochondre droit. Depuis 2 mois il y eut tout à coup des douleurs violentes dans la région de l'estomac et des vomissements acides en grande quantité, une à 2 heures après les repas. Les lavages d'estomac soulagèrent la malade. Elle entra à la clinique médicale. C'était une femme de constitution primitive bonne, très amaigrie. Epigastre étracté, estomac dilaté, et dont les contours étaient visibles ; les contractions de ce viscère étaient douloureuses. Clapotement stomacal. L'estomac descendait jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. Pouls petit et faible. Tumeur au-dessous du rebord droit dans la région de la vésicule biliaire. Lors des lavages

de l'estomac, il s'écoule quelquefois des liquides verdâtres. Le diagnostic de la nature de la tumeur reste en suspens en raison des symptômes de sténose qui deviennent plus accentués.

Le 12 juin 1888, on pratique la laparatomie, pour faire le diagnostic et afin d'écarter, si possible, les symptômes de sténose. Anesthésie au diméthylacétal-chloroformé. Les parois de l'abdomen étant relâchées, la tumeur siégeant dans l'hypochondre gauche, paraît plus grande qu'auparavant. On pratique la laparotomie sur la ligne médiane, une incision allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Ouverture du péritoine, on introduit la main dans la cavité abdominale et on y constate une tumeur adhérente au foie et qui ne se laisse point attirer au dehors. Afin d'apprécier mieux encore l'étendue de la tumeur, on agrandit l'incision à gauche autour de l'ombilic et vers en bas. La tumeur apparaît alors aussi grosse que le poing et s'étendant depuis la portion droite du foie jusqu'à la colonne vertébrale où elle est fortement fixée et a attiré la portion pylorique de l'estomac dans cette région. Le duodénum et le côlon transverse lui sont adhérents par de larges brides. La gastro-entérostomie est indiquée. On a recours à la méthode de Nothanagel pour déterminer la direction de l'intestin. Le contact du grain de sel détermina, après quelques instants, quelques légers mouvements péristaltiques. On déroule encore plus vers en haut l'intestin et on l'insère à la paroi antérieure de l'estomac en passant au-devant du côlon transverse. Ouverture de la fistule de 4 à 5 centimètres. Les sutures furent faites de la même façon et en même nombre. On a soin de faire l'épreuve des sutures. A la fin de l'opération il faut se hâter, le pouls devient fuyant et inquiétant, le collapsus est imminent. On donne plusieurs injections d'huile camphrée. Point de toilette spéciale du péritoine. Suture du péritoine, des aponévroses, de la peau. Pansement iodoformé. Durée de l'opération, 1 h. 1/2.

Après que la malade fut rapportée dans son lit et qu'elle eut pris un lavement avec du vin, le pouls redevint meilleur. L'après-midi, douleurs violentes au cœur. Le soir on donne une injection de mor-

phine de 0 gr. 01, en raison des douleurs persistantes. Le troisième jour, la malade se trouve bien ; dans la suite, plus d'accident. Petit abcès provenant d'un point de suture qui guérit en peu de temps, après incision. Le cinquième jour, selle liquide. Le neuvième jour, selle spontanée, moulée. 14 jours après l'opération la malade se lève. Elle supporte les aliments légers, elle ne se plaint pas. Le 11 juillet, lors de son départ, elle a augmenté de 10 livres. Elle revient se montrer un mois après et elle a augmenté encore de 5 livres. La malade se trouve bien encore à l'heure actuelle. Les troubles du côté de la digestion n'ont plus reparu.

Observation XXV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. —

MORT LE DIXIÈME JOUR. — PÉRITONITE

COURVOISIER, *Centralb. f. Chirurgie.* 1883, n° 49.

Femme de 56 ans. Souffre de l'estomac depuis cinq à six semaines. Depuis un mois, la malade s'est aperçue de la présence d'une tumeur mobile ayant le volume d'une noix et siégeant dans le creux épigastrique. Constipation, dépérissement.

A l'ouverture du ventre, on trouve des adhérences avec le côlon transverse, le pancréas et le ligament hépato-duodéal ; tous ces organes sont fondus en une masse commune du volume d'une orange.

On fait la gastro-entérostomie qui dure 2 h. 50 minutes. — Mort de péritonite 10 jours après.

A l'autopsie, infiltration phlegmoneuse diffuse du muscle droit. Péritonite généralisée. Dans la région ombilicale et en arrière de l'épiploon, abcès du volume du poing, avec gaz fétides, en libre communication avec l'intestin. Estomac distendu par un liquide brunâtre nauséabond. Le cancer du pylore est intimement adhérent à la tête du pancréas et au côlon transverse.

Observation XXVI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — RÉTRÉCISSEMENT CICATRICIEL.

— MORT LE SOIR DE L'OPÉRATION

MONASTYRSKI, *Centralbl. f. Chirurgie*, 1884, n° 21.

Constriction du pylore chez un homme de 36 ans qui s'est ingéré du soufre. Gastro-entérostomie suivant la méthode de Wœlfler. Incision de la ligne blanche depuis l'appendice xiphoïde et ayant 13 centimètres de long. On recherche une anse d'intestin grêle qui n'est mobile qu'à une de ses extrémités, et dont l'autre extrémité fixe fut prise pour la portion initiale du jéjunum. On isole une portion de cet intestin sur une longueur de dix centimètres, au moyen de deux ligatures faites à la soie. Ouverture de l'estomac par une incision de quatre centimètres siégeant au niveau de la grande courbure. Incision semblable sur l'intestin. Suture au catgut d'après la méthode de Wœlfler. Suture de l'abdomen. Durée de l'opération : 2 heures. — Mort le soir de l'opération.

L'autopsie montra un rétrécissement du pylore. En injectant de l'eau à travers la fistule, on voit qu'elle est imperméable. Dans le reste de la cavité abdominale, on trouve un liquide légèrement sanguinolent et visqueux.

Observation XXVII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE — CARCINOME DU PYLORE — SUCCÈS

SOCIN, *Correspond. f. Schweizer Aerzte*, 1884, n° 21.

Le 23 octobre 1883, j'ai présenté à la réunion centrale des médecins, une femme de 43 ans, à laquelle j'avais pratiqué avec succès, 3 mois auparavant, c'est-à-dire le 15 juillet, la résection de la partie pylo-rique de l'estomac pour carcinome (*Correspbl.*, 1883, p. 584-586).

La femme B... se porta parfaitement bien pendant tout l'hiver. Les digestions étaient normales, les selles régulières et les aliments de toute sorte pouvaient être tolérés sans douleur. Cette femme,

ayant une mine superbe, travaillait tous les jours dans une fabrique et dirigeait encore son ménage. Cependant, au commencement d'avril, il survint souvent quelques malaises après les repas, et peu à peu, il y eut des régurgitations fréquentes et de la constipation. Cela n'empêcha pas cette femme courageuse de vaquer à ses occupations.

Le 23 mai seulement elle se vit forcée d'avoir recours au médecin. L'examen pratiqué ce jour-là permit de découvrir immédiatement en arrière de la cicatrice linéaire qui avait 10 centimètres de long et adhérente à elle, une tumeur grosse comme un œuf de poule, bosselée, dure et un peu sensible à la pression. La surface de cette tumeur avait des limites nettes. Elle était un peu mobile dans tous les sens. Cependant, de sa base partait une corde épaisse qui se perdait dans la profondeur ; une corde semblable, un peu moins épaisse, se dirigeait vers en haut et à droite vers le foie.

Il était clair que nous avions affaire à une récurrence qui avait son point de départ à l'estomac, et qui adhérait non seulement à la paroi abdominale par la cicatrice, mais encore au pancréas dans la profondeur et qui faisait corps avec le foie au moyen du ligament hépato-duodénal infiltré.

J'ordonnai à la malade de revenir se montrer bientôt, et je la mis à la diète. Les malaises prirent une telle extension que, en peu de temps, tous les symptômes de l'obstruction stomacale étaient réapparues : constipation opiniâtre, inappétence, régurgitations, vomissements douloureux, survenant 2 à 3 heures après chaque repas, diminution rapide des forces et amaigrissement général.

Le 16 juin, je repris la malade à la clinique, je constatai une augmentation de la tumeur, et une dilatation d'estomac assez considérable. En attendant, on pratiqua 2 h. 1/2 après chaque repas un lavage d'estomac qui fit cesser au moins les vomissements intolérables et qui procura à la malade un bien-être relatif.

L'amaigrissement augmenta rapidement malgré les lavements alimentaires de toutes sortes et en peu de jours le poids du corps tomba

de 91 livres à 85 livres. Je songeai bien à essayer d'introduire dans le gros intestin les masses alimentaires à demi digérées et pompées de l'estomac, mais ce procédé promettait peu de succès, et il était clair que cette femme marchait à grands pas vers une mort par inanition. On ne pouvait plus songer à une nouvelle extirpation de la portion stomacale malade, en raison de l'extension du mal et des adhérences de la tumeur avec les organes voisins. Il ne restait donc plus comme dernière chance de salut, qu'à pratiquer la gastro-entérostomie à laquelle la malade accéda volontiers.

L'opération eut lieu le 5 juillet 1884, après avoir pris les mesures préopératoires habituelles (lavage de l'estomac avec une grande quantité d'eau salicylée tiède, désinfection minutieuse, chauffage artificiel de la salle, etc.). La chloroformisation eut lieu sans incident et ne fut troublée que par quelques efforts de vomissements. Une incision, pratiquée sur la ligne blanche partant de l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic, met à nu le foie, situé très profondément. Et pour ce fait, elle dut être prolongée en passant à gauche de l'ombilic, sur une longueur de 16 centimètres. Après avoir écarté le foie, on aperçoit l'estomac, complètement vide, flasque et dilaté, qui était adhérent à gauche avec le foie et la paroi abdominale, avec une tumeur presque aussi grosse que le poing et blanchâtre, et dont la surface séreuse antérieure était couverte de nombreux nodules ayant la grosseur de grains de mil. On écarte l'estomac vers en haut et à gauche. L'index gauche va chercher dans la profondeur le côlon transverse et le péritoine, et les renverse vers en haut, puis on attire en dehors une anse d'intestin grêle que l'on déroule jusqu'à ce qu'on soit en présence du pli jéjuno-duodénal. A 30 centimètres au-dessous cette anse, on lie d'une façon lâche l'intestin, vidé par expression à deux endroits, séparés l'un de l'autre de 10 centimètres environ. Ces ligatures sont faites avec de gros fils de soie, dont les nœuds viennent s'appliquer sur une petite plaque de caoutchouc sous jacente. L'anse ainsi séparée, fut ouverte au moyen d'une incision faite au bord opposé du mésentère.

L'hémostase fut assurée au moyen de deux ligatures. La plaie intestinale et la surface interne de l'intestin furent soigneusement désinfectées au moyen d'une solution de sublimé. Alors, on attira la paroi stomacale aux environs de la grande courbure et on la saisit solidement avec deux clamps de Gussenbaur, dans un endroit indemne de noyaux cancéreux, et sur ce pli, ainsi pratiqué, on fit une incision de 6 centimètres. Deux ligatures artérielles. Après avoir remis en place les portions stomacales et intestinales, y compris les deux parties incisées, après avoir recouvert la plaie et les régions voisines avec des compresses chaudes au sublimé, on procéda à la suture. Quinze points de Wœlfler internes réunissent exactement la lèvre supérieure de la plaie intestinale avec le bord inférieur de la plaie de l'estomac. On place par dessus une suture muqueuse continue. Puis, après avoir pratiqué une suture muqueuse comme précédemment, on réunit le bord inférieur de la plaie intestinale au bord supérieur de la plaie de l'estomac, au moyen de quinze points de Lembert. Lorsqu'on fait la révision de la plaie, on voit que deux points de Lembert supplémentaires sont indispensables, de telle sorte qu'on a placé au total trente-deux points à travers la séreuse et la musculuse, sans compter deux sutures muqueuses continues.

On lave soigneusement au moyen de chlorure de zinc. On replace les viscères, on ferme la cavité abdominale au moyen de vingt-deux points lacés sur le péritoine et de dix-sept points passés à travers les téguments et la peau. On place à l'angle inférieur de la plaie un morceau de drain en os décalcifié. Pansement au chlorure de zinc.

Durée de l'opération : 1 h. 1/4.

Les suites de l'opération furent simples. La malade se remit vite, n'eut point de traces de collapsus, ne vomit point, mais se plaignait cependant les premiers jours de violentes douleurs dans le ventre, qui nécessitèrent plusieurs injections de morphine et qui devaient être attribuées au lavage de l'estomac fait avec une solution de sublimé. D'où, production d'une légère stomatite mercurielle (chlorate de

potasse). Point de température (température maxima 37°4. La sécrétion urinaire a toujours été normale. 24 heures après l'opération, on donna, par heure d'abord, une, puis deux cuillerées à bouche de lait glacé. Le cinquième jour, du bouillon concentré et des œufs, le neuvième jour, de la viande rôtie, et 15 jours après, l'alimentation ordinaire. Le quatrième jour au matin, se produisirent les premiers gaz, le neuvième jour, la première selle demi-liquide, après un lavement d'eau. A partir de ce jour, selles normales. Le douzième jour, la malade se leva et put être présentée à la Société de médecine comme guérie. A sa sortie, le 1^{er} août, l'opérée avait augmenté de 10 livres 1/4. Le ventre, un peu gros, n'était sensible nulle part; la tumeur, située sous la première cicatrice, n'avait pas subi de changement notable; l'état général était excellent. Aujourd'hui, 4 mois entiers après l'opération, on ne peut constater aucun changement dans cet état satisfaisant. La mine de l'opérée est superbe, ses forces sont revenues (elle vaque seule à ses occupations). Le poids de son corps s'est encore élevé jusqu'à 106 livres. Elle digère tout, et chaque jour elle a une selle régulière, moulée et colorée. La tumeur que l'on pouvait sentir sous la première cicatrice a un peu augmenté de volume; elle a 12 cent. 1/2 de long, 7 centimètres de large. Le foie n'est pas augmenté de volume.

Observation XXVIII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. —
MORT 36 HEURES APRÈS. — COLLAPSUS.

VON HACKER, *Archiv. f. Klin. Chirurgie*, 1885, t. XXXII, p. 616.

Cultivateur, âgé de 49 ans, qui souffrait de maux d'estomac symptomatiques d'un rétrécissement cancéreux du pylore. Le malade était très affaibli et cachectisé. Il croyait porter dans son estomac un animal dont il avait avalé les œufs en buvant de l'eau contaminée. Il réclamait tous les jours l'intervention chirurgicale. On ne pouvait sentir de tumeur appréciable au toucher; le malade éprouvait seulement une douleur à la pression au niveau du rebord costal droit. Après

ouverture de l'abdomen, il s'écoula une grande quantité de liquide et la main introduite dans l'abdomen put sentir une tumeur du pylore aussi grosse que le poing, tumeur adhérente en arrière, peu mobile et impossible à attirer au dehors à travers l'incision faite sur la ligne blanche. La résection du pylore n'étant pas praticable, on procéda à la gastro-entérostomie. On attire vers en haut le grand épiploon et le côlon transverse. Pendant qu'on repoussa l'estomac de haut en bas, je fis une incision dans le méso-côlon parallèlement aux vaisseaux ; je fus obligé d'élargir cette incision avec les ciseaux, sans qu'il y ait eu écoulement sanguin. Pour empêcher la rétraction de la fente pratiquée sur le méso-côlon et la compression du côlon, je consolidai les bords de cette fente au moyen de six points de suture superficiels s'insérant à l'estomac de façon à border une partie de la paroi postérieure de l'estomac. Je choisis pour l'anastomose, une anse du jéjunum placée au-dessous de la courbure jéjuno-duodénale, parce que j'ai remarqué lors de mes recherches sur le cadavre, qu'en portant cette anse du jéjunum vers en haut, la portion ascendante correspondant à la grande courbure, se pliait d'elle-même. L'anse du jéjunum, son contenu étant vidé par expression, fut maintenue fermée au moyen de deux fils de soie noués légèrement et passés à travers le mésentère. Les mains d'un assistant empêchent l'issue du contenu stomacal. On incise ensuite l'estomac et l'intestin sur une longueur de 5 à 6 centimètres ; on réunit d'abord les bords inférieurs de l'estomac et de l'intestin par des sutures internes, et par-dessus et entre elles on place des sutures muqueuses avec beaucoup de soin, parce que ces sutures ne purent plus être contrôlées. Puis on procéda aux sutures externes et aux sutures de Lembert. Le lieu d'implantation de l'intestin était éloigné du bord de la fente du méso-côlon d'au moins un demi-centimètre. L'opération n'avait pas duré plus longtemps que celle faite par les autres méthodes.

Le malade mourut de collapsus 36 heures après l'opération. Je ne pus donc formuler aucune conclusion sur le résultat ultérieur de la

situation du jéjunum d'après cette méthode. Par contre, je pus voir à l'autopsie que l'eau versée dans l'estomac s'écoulait en grande partie dans le bout inférieur et bien peu dans le bout supérieur de l'intestin ainsi plié.

L'autopsie faite par le Dr Lemann, révèle une anémie extrême et une péritonite séro-purulente. Les bords de la plaie des parois abdominales et ceux de la fistule gastro-intestinale étaient fortement appliqués et accolés l'un contre l'autre. Point de changement du côté des anses intéressées lors de l'opération. Par contre, le cancer du pylore s'étendait au loin vers en-dedans et envahissait la séreuse de la paroi antérieure de l'estomac qui était fortement colorée.

Observations XXIX à XXXII

VON HACKER, observations rapportées par von Eiselsberg : *Ueber die Magenoperationen und gastro-entérostomien in prof. Billroth's Klinik v. Mai 1885 bis, octobre 1889; Langenbecks Archiv.*, t. XXXIX, p. 785.

1^{re}. — Malade âgé de 40 ans. Carcinome du pylore. Incision médiane. Adhérence avec le pancréas. Gastro-entérostomie postérieure. — Mort 10 jours après. Inanition.

2^e. — Malade âgé de 41 ans. Carcinome du pylore. Incision médiane. Tumeur adhérente au foie. Gastro-entérostomie postérieure. — Mort un jour après. Inanition.

3^e. — Malade de 50 ans. Tumeur du pylore peu mobile. — Incision médiane. Gastro-entérostomie postérieure. Succès. — Mort 3 mois 1/2 après.

4^e. — Malade de 46 ans. Incision médiane. Le pylore est transformé en une masse dure, la paroi antérieure de l'estomac est infiltrée. Gastro-entérostomie antérieure. — Mort 3 jours après de pneumonie septique.

Observation XXXIII

RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE. — LE SUCCÈS OPÉRATOIRE ET FONCTIONNEL EST COMPLET.

V. HACKER, *Wien. Klin. Wochensch.*, n° 46, 1892.

W... Jules, âgé de 33 ans, pharmacien. — Souffre de l'estomac depuis 1887. Vomissements en automne 1887. En 1888, douleurs de l'estomac intenses et suivies d'ictère. Pendant 36 heures, la gastralgie fut tellement intense qu'il n'eut plus une seule heure de tranquillité ; on dut avoir recours à la morphine. En 1889, le médecin traitant donna les renseignements suivants : « Teint cachectique, amaigrissement ; estomac dilaté, sensible à la pression ; la vésicule biliaire n'était point augmentée de volume. Point de calculs biliaires dans les fécès qui ont toujours été colorées. Douleurs de l'estomac survenant une à deux fois et pendant une à trois heures tous les jours après les repas. Régime lacté qui produit une légère amélioration ».

En février 1890, il entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Malade très amaigri, teint cachectique. En raison de ses douleurs violentes, le malade croise les jambes, prend une position accoudée, ramène les jambes vers le ventre et prétend par là calmer un peu ses douleurs. Poids du corps : 52 kilogr. Squelette grêle. Rien du côté de l'appareil respiratoire ; abdomen rétracté, foie normal et rate normale. La grande courbure de l'estomac forme une saillie le long de l'abdomen. Au niveau de la grande courbure et sur le prolongement de la ligne parasternale, et à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on sent un cordon dur à surface lisse et douloureuse à la pression. Un peu au-dessus de l'ombilic on sent un deuxième cordon de même consistance, un peu moins épais cependant, et situé plus sur la ligne médiane et répondant à la petite courbure. Réaction acide du contenu stomacal.

Opération le 22 mars 1890. — Incision sur la ligne médiane

commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. Plus tard on ajoute une incision transversale de neuf centimètres au-dessus de l'ombilic et à droite. On découvre une tumeur du pylore. Le doigt introduit à travers la perforation faite dans un endroit avasculaire du petit épiploon, explore la partie postérieure de la tumeur. Sa surface est lisse, grosse comme une pomme et entoure le pylore à la manière d'un anneau incomplètement fermé en avant et d'épaisseur inégale. Sa portion principale est située en arrière, tandis qu'en avant elle va en s'amincissant. Adhérences en arrière avec le pancréas. On repousse avec l'index la paroi de l'estomac sans l'ouvrir, et on constate que le pylore est fortement rétréci. On place l'estomac, l'épiploon et le côlon transverse sur des compresses sèches et stérilisées. L'estomac présente, dans la région pylorique, une forme de sablier.

On recherche la partie supérieure du jéjunum au niveau du pli jéjuno-duodénal. Un aide saisit l'estomac avec les deux mains, de telle sorte que les pouces soient placés à la paroi antérieure et les autres doigts au niveau de la paroi postérieure. On saisit l'estomac dans sa position normale et on le porte en haut. On déchire ensuite, au moyen de deux pinces anatomiques, le mince feuillet du méso-côlon au niveau de la portion de la paroi postérieure de l'estomac, on suture circulairement les bords de cette fente à la partie postérieure de l'estomac.

L'aide rapproche ensuite au moyen de ses pouces placés très près l'un de l'autre, la paroi postérieure et la paroi antérieure de l'estomac, afin d'empêcher l'écoulement des matières contenues dans le viscère qui vient d'être incisé. On vide ensuite une portion de la partie supérieure du jéjunum au moyen de pinces de von Hacker et ayant une longueur de 15 centimètres. (Ces entérotomes avaient été passés à travers deux orifices pratiqués dans le mésentère.) On place d'abord les sutures séro-séreuses. Puis on incise la séreuse et la musculuse de l'estomac et de l'intestin sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Ces incisions sont faites, l'une oblique et à gauche pour l'estomac, l'autre

est faite au côté opposé de l'insertion mésentérique. Puis on ouvre seulement la muqueuse de l'estomac et de l'intestin au moyen d'un coup de ciseaux. On réunit ensuite la muqueuse de l'estomac et de l'intestin au moyen d'une suture continue et on termine l'opération en plaçant une suture muqueuse externe, une suture séro-musculaire externe et quelques points de Lembert comme sutures supplémentaires qui sont placés aux angles de la plaie. On enlève ensuite les pinces et on rétrécit le bout supérieur du jéjunum en refoulant la paroi intestinale sur une étendue de quelques centimètres avec le doigt, et en réunissant les bords de l'intestin au moyen de quelques points séreux et sur plusieurs points de leur périphérie. Supposons une section transversale de l'intestin à ce niveau et on aurait la forme d'une rosette. Toilette du péritoine et reposition des viscères à leur place. On ferme la paroi de l'abdomen au moyen de trois étages de sutures : péritonéale, aponévrotique et cutanée. Les deux premières sont faites à points séparés, la troisième fut une suture continue.

Le 23 mars, le malade est encore dans le collapsus. Pouls 144. T. 37°,7. Syncopes fréquentes, haleine fétide, coliques qui cèdent à la morphine. Point de vomissements. Pilules de glace, lait, thé au cognac, donné par cuillerées à thé toutes les dix minutes. Tontes les deux heures un lavement de 200 gr. de lait avec la valeur d'une prise de peptone de Kemmerich sur la pointe d'un couteau. On évacue les gaz de l'abdomen au moyen de la sonde rectale. Pouls et température normaux. Apyrexie. Le malade va mieux de jour en jour et il peut être considéré comme guéri cinq semaines après. Le poids de son corps qui était de 45 kilgr., trois semaines après l'opération augmenta de 4 kilgr. 1/2 en 18 jours. Digestions bonnes, selles régulières. Le malade quitte l'hôpital le 2 mai 1890. 7 mois après il nous informe qu'il se portait très bien et nous envoya sa photographie, on ne pouvait le reconnaître tant il avait bonne mine. En 1891, il nous informe que les douleurs de l'estomac étaient revenues, mais qu'elles n'étaient pas aussi violentes. Il faut tenir compte aussi que le malade, en raison

des grandes douleurs qu'il eut à supporter avant l'opération, était resté morphiomane. Il serait possible qu'on ait eu affaire à une lithiasé biliaire venant compliquer l'affection de l'estomac, quoique l'on n'ait pas pu vérifier le fait lors de l'opération. Ces douleurs cédèrent complètement à un traitement diététique. En juillet 1891, le malade revint à Vienne. On put constater alors que sa mine était florissante, et la dilatation de l'estomac n'existait plus. La tumeur existait encore, mais elle était plus petite. Point de constipation ou d'autres difficultés du côté de la digestion. On constata encore un bon état de la digestion et de la nutrition en août 1892 alors que le malade faisait pendant quelques semaines une cure à Vienne dans un établissement de morphiomanes.

Observation XXXIV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE — CARCINOME DU PYLORE —
MORT 6 JOURS APRÈS — PNEUMONIE

VON HACKER, *Wien Kl. Wochens.*, n° 46, 1892.

Rodolphe R..., 40 ans, vigneron. Pneumonie en 1882. En été 1890, vomissements alimentaires fréquents. En 1891, douleur de l'estomac qui n'a jamais totalement disparu, douleur localisée, sensible à la pression et qui augmentait lorsque le malade se baissait ou qu'il prenait du pain, des fruits ou des aliments solides. En 1891 au mois de décembre, les douleurs augmentent d'intensité. L'appétit disparut rapidement et les forces diminuèrent.

Etat actuel. — Constitution primitive bonne, musculature développée, amaigrissement profond, foie, poumons normaux. Abdomen rétracté. A un travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde, on sent une tumeur dure à grand axe transversal, dont les limites sont peu accusées et qui est peu mobile.

Poids du corps sans vêtements, 53 kgr. Acide chlorhydrique libre en grande quantité.

Opération le 31 janvier 1892. — Incision de l'abdomen depuis

l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic; plus tard on prolonge cette incision un peu en bas à gauche de l'ombilic. La tumeur s'étend sur le péritoine et sur le foie qui est parsemé de noyaux cancéreux. — L'anastomose gastro-intestinale se fait de la même manière que dans le cas précédent. Le jour de l'opération, le malade est très faible, langue sèche. T. 37°1, pouls, 160, langue humide; les jours suivants pouls, 108. Le malade se sentait mieux, la température ne monta jamais au-delà de 37°7, une selle. Le quatrième jour, le malade vomit le lait qu'il avait pris. Le malade s'affaiblit de jour en jour et mourut 6 jours après.

Autopsie. — Lobe inférieur du poumon droit flasque, rouge, hépatisé; en arrière, à son bord inférieur, foyer limité du poumon, ayant la grosseur d'un œuf de pigeon, et ayant une odeur fétide et d'où il s'écoulait un liquide brun noirâtre. Cœur flasque, muscle pâle, foie bourré de noyaux cancéreux. La paroi de la portion pylorique est infiltrée d'une masse blanchâtre néoplasique. L'intestin est rétracté.

Observation XXXV

CARCINOME AVANCÉ — GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE — SUCCÈS
OPÉRATOIRE ET FONCTIONNEL

VON HACKER, *Wien. Klin. Wochens.*, 1892, n° 46.

Max B..., 50 ans, négociant. Typhus et choléra en 1866; en 1868, eut une péritonite; en 1888 fut opéré pour un abcès périnéphrétique. Les douleurs de l'estomac survinrent un an après: inappétence, nausées, vomissements 2 et 3 heures après les repas. Pendant quelque temps, il vomissait tous les jours, puis il fut tranquille pendant quelques mois. Ictère pour lequel il fit deux séjours à Carlsbad. — Amaigrissement depuis quelques semaines: vomissements marc de café, il est si faible qu'il ne peut plus marcher. Constipation opiniâtre qui est combattue au moyen de lavements. La mère du malade aurait succombé à une affection de l'estomac.

Etat actuel. — Homme, grand, très amaigri, teint cachectique.

Poids 43 kil. 70. Respiration rude en haut et à droite, foie et cœur normaux. Son stomacal jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A la palpation on sent une tumeur dure, bosselée, ayant la taille d'une petite pomme et s'étendant à 3 centimètres au-dessus et à gauche de l'ombilic. Urines normales. Lavage de l'estomac un quart d'heure avant l'opération.

Opération, le 1^{er} mars 1892. — Incision médiane de l'abdomen depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. Un aide repousse vers en haut le lobe gauche du foie ; on vit alors que le cancer s'étendait dans la région de la petite courbure et envahissait la paroi postérieure, et que de nombreux ganglions étaient infiltrés. On ne pratique point la gastro-entérostomie postérieure pour ne point insérer l'anastomose auprès d'une portion cancéreuse de l'estomac (méthode de von Hacker). On s'abstient également de la méthode de Brenner, qui consiste à insérer la partie supérieure du jéjunum à la paroi antérieure de l'estomac en passant à travers le ligament gastro-colique parce que ce ligament est parsemé de ganglions infiltrés. On choisit donc la méthode de Wœlfler. On recherche le pli jéjuno-duodénal et on insère à l'estomac une anse du jéjunum choisie de telle façon que son mésentère n'exerce aucune traction en passant au-dessus du côlon transverse. L'anse intestinale est attachée à la paroi antérieure de l'estomac au moyen de quelques points séreux, puis on incise les séro-muscleuses de l'estomac et de l'intestin, sur une longueur de 4 à 5 centimètres et on les suture avant d'avoir ouvert les lumières de ces viscères. La suite de l'opération a lieu comme dans les opérations précédentes. On rétrécit un peu le bout supérieur et on le fixe à l'estomac un peu au-dessus de la fistule par quelques points séreux. On plaça naturellement l'intestin de telle façon que les mouvements péristaltiques de l'estomac correspondaient à ceux de l'intestin.

Le malade fut très affaibli après l'opération : les jours suivants il se releva un peu au moyen des excitants. Suites de l'opération apyrétiques ; le troisième jour ballonnement et régurgitation ; le quatrième

jour selle après avoir pris de l'huile de ricin. Le septième jour un seul vomissement qui ne se produisit plus. Ça et là le malade se plaignait de douleurs de l'estomac, mais qui n'avaient point autant de violence qu'avant l'opération. Petit à petit le malade prit de la viande. A sa sortie, cinq semaines après l'opération, il avait gagné 1 kil. 60.

Les selles étaient pénibles et n'avaient lieu qu'après l'administration de lavements. En juillet 1892, douleurs dans l'hypochondre droit à l'endroit où il avait eu autrefois son abcès; ces douleurs s'irradiaient dans le dos et dans la colonne vertébrale. Appétit diminué. Le malade est obligé de s'aliter très souvent. Le 4 août 1892, digestion assez bonne, teint cachectique. La tumeur de l'estomac a augmenté de volume. On peut sentir l'infiltration du foie à la palpation.

Observation XXXVI

RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX. — CHOLÉLITHIASÉ. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE ET CHOLÉCYSTOSTOMIE. — SUCCÈS OPÉRATOIRE

VON HACKER, *Wien. Klin. Wochens.*, 1892, n° 46.

Catherine C..., 41 ans, mère de six enfants. Souffre de l'estomac depuis neuf mois: nausées, vomissements, douleurs, qui surviennent deux heures après les repas. Teint pâle, constitution bonne, pannicule adipeux diminué. Sonorité normale partout au niveau des poumons; bruits du cœur éloignés, mais sans souffle. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Rate normale. Au niveau du pylore on trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf, irrégulière, dure, mal limitée, peu mobile, peu sensible à la pression. L'urine ne contient ni albuminurie, ni sucre. Poids du corps, 50 kilogr. 1/2.

Opération le 17 mai 1892. — Ouverture de l'abdomen sur la ligne médiane par une incision allant de l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. On est en présence d'une tumeur lisse qui, en raison de sa dureté, en impose pour un ulcère. Cette tumeur est particulièrement adhérente en arrière. Adhérences en haut avec le foie. La vésicule biliaire est augmentée de volume et dépasse le bord antérieur du foie de

deux travers de doigt, elle est remplie de calculs. On pratique la gastro-entérostomie postérieure comme dans les cas précédents. On enlève également les ganglions mésentériques qui sont hypertrophiés et qui ont la grosseur d'un pois. L'anatomie microscopique faite dans la suite montra qu'ils étaient simplement enflammés. On sutura ensuite la surface de la vésicule biliaire au péritoine pariétal sur une étendue de la valeur d'un kreutzer. On ferma la cavité abdominale. La suite de l'opération fut sans réaction.

Le sixième jour on sectionne au thermocautère la portion de vésicule suturée au péritoine après l'avoir attirée en avant avec deux fils de soie placés lors de l'opération. On retire alors de la vésicule bilieuse des calculs polyédriques et ayant la grosseur d'une noisette ; les derniers sont extraits avec un peu de fièvre. Point d'écoulement de bile ; il ne s'est écoulé qu'un peu de liquide trouble et visqueux. Dans la suite il s'écoula de la vésicule un peu de pus et en dernier lieu un liquide visqueux. On tenta souvent de dilater la fistule parce que, lors de son exploration, on avait senti une rugosité. Mais on ne trouva plus de calculs. On plaça un drain dans la vésicule et on pratiqua des lavages au sublimé faible. Le drain fut bientôt remplacé par un autre drain plus petit et on le supprima complètement le 29 juin. La malade n'a plus vomi depuis l'opération, elle n'a plus eu de douleurs d'estomac ni de difficultés dans la digestion ; elle put prendre d'abord des aliments liquides, puis bientôt elle prit des aliments solides et quitta l'hôpital vingt-quatre jours après l'opération ; elle ne conservait plus qu'une petite fistule dont l'orifice ne donnait accès qu'à une aiguille à tricoter. La malade avait repris bonne mine et elle avait augmenté de 6 kilogr.

Le 20 août 1892, la malade revient se montrer à l'hôpital, il s'écoule moins de liquide visqueux de la fistule. La malade se trouve bien sous tous les rapports, sa mine est devenue meilleure. L'augmentation du poids jusqu'à ce jour est de 9 kilogr.

Observations XXXVII à XXXIX

V. EISELSBERG, *Langenbecks Archiv.*, t. XXXIX, 1889, H. 4, p. 785.

1^{re}. — Femme de 38 ans, tumeur du pylore. Incision médiane. Adhérence avec le foie et le pancréas ; gastro-entérostomie postérieure. — Succès.

2^e. — Femme de 57 ans, 41 kilogr., grande tumeur du pylore. Incision médiane, tumeur adhérente aux organes voisins. Gastro-entérostomie postérieure. — Mort trois jours après par perforation de la base de la tumeur.

3^e. — V. EISELSBERG, *Langenbecks Archiv.*, t. XXXIX.

RÉSECTION DU PYLORE COMBINÉE A LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MORT

Femme de 45 ans, 41 kilogr., grosse tumeur cancéreuse du pylore. Incision médiane. La portion de l'estomac réséquée mesurait 21 centimètres au niveau de la grande courbure et 11 centimètres au niveau de la petite courbure.

Mort 48 heures après l'opération à la suite de péritonite par perforation : il y avait une petite ouverture dans les sutures.

Observations XL à XLII

SALZER, rapportée par von EISELSBERG, *Langenbuck's Archiv.*, t. XXXIX, 1887, H. 4, p. 785.

1^{re} Femme de 41 ans ; poids, 42 kilogr. — Incision médiane ; tumeur adhérente au côlon transverse ; gastro-entérostomie postérieure. — Succès.

2^e Homme de 39 ans ; poids, 53 kilogr. 6. — Tumeur du pylore ; incision médiane ; forte hémorrhagie en séparant le ligament gastro-duodénal. Adhérences avec le pancréas ; gastro-entérostomie antérieure. Mort 7 heures après l'opération ; on avait été obligé de lier l'artère hépatique.

3^e Femme de 57 ans ; 36 kilogr. — Tumeur du pylore ; incision

médiane ; adhérences avec le foie ; gastro-entérostomie postérieure —
Succès.

Observation XLIII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE. — RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX. —
SUCCÈS.

F. COLLE, rapportée par LAUENSTEIN, *Festschrift* à L. Meyer, in *Göttingen*, 1891.

M... Marie, âgée de 45 ans, avait souffert il y a 12 ans d'une tumeur de l'estomac, s'accompagnant de vomissements marc de café et de méloëna. Depuis ce temps, elle vomissait pendant des semaines et avait de la gastralgie et du pyrosis.

Depuis 2 ans, les douleurs ont augmenté, et, depuis juillet 1889, elles sont devenues intolérables. Les douleurs épigastriques s'étendaient jusqu'au dos, s'irradiaient dans le bassin, et provoquaient de l'insomnie. La malade avait une sensation de brûlure continue dans l'estomac ; les vomissements quotidiens revenaient principalement à 4 heures de l'après-midi. La constipation pouvait durer quelquefois jusqu'à 8 jours. L'émaciation est considérable, cependant la malade se levait encore de temps en temps.

Etat actuel au 10 octobre 1889. — Le poids du corps est de 80 livres. Le pouls est assez régulier, il est petit. La langue n'est point chargée, l'haleine est fétide ; cœur et foie normaux ; l'urine est légèrement trouble. Le ventre est souple ; la région de l'estomac est sensible. Cependant, on ne perçoit aucune tumeur, quoiqu'on puisse facilement sentir la colonne vertébrale. Les ganglions inguinaux sont légèrement hypertrophiés.

L'estomac contient au-delà de quatre litres de liquide ; quoique la malade n'ait pu prendre que des aliments liquides et du pain blanc, l'estomac est rempli de masses acides. La grande courbure atteint, lors de l'insufflation avec CO^2 , la symphyse pubienne. On ne sent pas non plus de tumeur, même après le lavage de l'estomac.

Mon diagnostic était le suivant : dilatation énorme de l'estomac à

la suite d'un rétrécissement cicatriciel du pylore. Comme il n'y eut point d'amélioration après un traitement par les lavages de l'estomac, pratiqués pendant trois semaines, bien plus, l'estomac, lavé le matin, était dilaté le soir par les matières fermentescibles, et comme il n'y eut pas de diminution de douleurs, je perdis l'espoir de soulager ma malade par les moyens médicaux ; je lui proposai l'intervention chirurgicale, qu'elle accepta.

Opération le 21 octobre 1889. — La malade y fut préparée selon les précautions d'usage ; on lui lava complètement son estomac avec de l'acide salicylique. Incision de l'abdomen sur la ligne médiane, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. On trouve le pylore fixé dans la région du foie. Le doigt qui explore cette région ne découvre point de tumeur, mais un rétrécissement cicatriciel et dur. Point de tubercules sur la paroi antérieure de l'estomac. Je saisis en-dessous du côlon transverse une anse d'intestin grêle, rosée, et je laissai glisser cette anse entre mes doigts jusqu'au pli duodéno-jéjunal ; puis, pour éviter toute traction, je rebroussai chemin. J'attirai ensuite hors de l'abdomen cette anse intestinale, située très haut ; je procédai de même pour la portion pylorique, à l'aide d'une suture continue au catgut, ayant 4 cent. 1/2 ; je suturai la séreuse de l'intestin et celle de l'estomac, à un travers de doigt au-dessus de la grande courbure et à une distance du pylore égale aux trois quarts de la longueur d'une phalange. On plaça une languette de gaze iodoformée à l'endroit de cette suture. On procéda ensuite à l'ouverture des deux viscères à la manière de Lauenstein, c'est à dire que je n'incisai avec les ciseaux que la musculo-séreuse de l'intestin et de l'estomac, sans ouvrir la lumière de ces derniers.

Je suturai ensuite les bords postérieurs de cette musculo-séreuse au moyen d'une suture continue ; j'incisai seulement alors les muqueuses, je les suturai par une suture continue, en commençant d'abord en arrière ; ensuite, je procédai de la même façon en avant,

mais en suivant l'ordre inverse ; je consolidai les coins de la suture par quelques points séparés. Après que la ligne de suture fut saupoudrée d'iodoforme, je remis l'estomac et l'intestin en place, je fermai le ventre avec des points de suture à la soie. Pansement iodoformé et collodionné. — Durée de l'opération : 1 heure.

Collapsus assez marqué après l'opération. Le nez était froid et les extrémités fraîches, le pouls petit : 80. Ord. : cruchons, deux injections d'éther, lavement de vin de Porto.

Dans l'après-midi, l'état général de la malade se releva un peu ; point de fièvre le soir ; douleurs violentes dans l'abdomen qui nécessitèrent une injection de morphine. La soif fut étanchée au moyen de glace. Catéthérisme de la vessie.

22 octobre. — P., 100. T., 36°7. Nouvelles douleurs.

Lavement au vin de Porto avec 25 gouttes d'opium. A midi, 10 gouttes d'opium par la bouche. Le soir, 38°5. Pouls. 108. Lavement au vin de Porto avec 10 gouttes d'opium. Vers 11 heures du soir, injection sous-cutanée de morphine de 0 gr. 015 pour calmer les grandes douleurs.

Le jour suivant, après une bonne nuit, les douleurs furent assez faibles. T., 37°5, 37°5, 38°5. Pouls, 106. La malade, qui jusqu'alors n'avait pris que de la glace, eut faim et prit du lait par cuillerées à thé, ainsi que du vin de Porto.

T., 37°5, 36°8, 37°5. Pouls, 88°84. La malade est délivrée de ses douleurs, elle prend du Porto et du lait par cuillerées à bouche, de trois heures en trois heures. A partir de ce moment, la température fut normale jusqu'au 27 octobre, où elle eut 38°7. On put dès lors augmenter la quantité de nourriture. On donne tour à tour du bouillon avec du pâté, avec des œufs et du vin, sans que la faim put être apaisée. On dut pratiquer le catéthérisme jusqu'au 28 octobre. A partir du 24 octobre, la malade eut chaque jour une selle. Au 1^{er} novembre, elle put prendre un peu de pulpe de viande.

Le 2 novembre, elle eut un vomissement bilieux qui ne se renouvela plus depuis.

Le 3 novembre, la malade put quitter son lit ; le 8 novembre, elle pesait 85 livres ; le 15 novembre, 91 livres.

La plaie abdominale était guérie, sauf en un point où les bords de la plaie n'ont pas été bien affrontés.

Aussi longtemps que la malade fut au lit, elle se plaignit d'une sensation de constriction douloureuse à gauche dans le ventre.

Ces douleurs ont complètement disparu dès que la malade fut levée. Elle devint tous les jours plus fraîche et se réjouit, pour la première fois depuis de longues années, de jouir de nouveau de la vie. La malade quitte l'hôpital fin novembre, elle put supporter tous les aliments, et jusqu'à ce jour elle jouit d'une excellente santé comme je l'ai appris depuis peu.

Observation XLIV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. —
MORT LE TROISIÈME JOUR. — INANITION

LAUENSTEIN, *Langenbeck's Archiv*. Bd. XXVIII, p. 420, 1888.

Homme âgé de 50 ans, entré à l'hospice Seemann, le 7 octobre 1881. Depuis le mois de juin de cette année, il souffre de douleurs d'estomac et de vomissements. Il travailla encore jusqu'à il y a 2 mois 1/2. Depuis longtemps déjà il lui arrivait de s'aliter pendant quelques semaines. Il diminua de 50 livres depuis 3 mois. On sent à droite et au-dessus de l'ombilic une tumeur bosselée, ayant la dimension d'un poing.

Le 12 décembre, on fait au malade une transfusion de sang humain (500 gr.) à cause de son extrême maigreur et de sa grande faiblesse.

Le 15 décembre, à 9 h. 3/4 du matin, on procède à l'opération ; chloroformisation.

On renonça à la résection à cause de l'envahissement des ganglions de la région et de l'adhérence du pancréas, et on pratiqua une gastro-entérostomie ; on prit une anse de l'intestin grêle quelconque

que l'on sutura à l'estomac, environ à l'union de son 1/3 droit et de sa partie moyenne, et on plaça une triple rangée de sutures à un travers de doigt au-dessus de la grande courbure et au niveau de la paroi antérieure de l'estomac, après quoi on fit sur l'estomac et l'intestin une ouverture de 4 centimètres. Durée de l'opération, 2 heures. Le malade n'eut point de vomissements, il perdit ses urines; quelques symptômes fébriles, des douleurs abdominales et des phénomènes de collapsus firent périr le malade 3 jours après l'opération.

L'autopsie montra que les sutures avaient bien tenu, et qu'il n'y avait point de péritonite. L'anse appartenait au jéjunum et portait à 45 centimètres de la fin du duodénum. La branche droite de l'anse du jéjunum ayant la forme d'un U et suturée à l'estomac, formait le bout supérieur et la branche gauche formait le bout inférieur.

Observation XLV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — MORT LE TRENTIÈME JOUR. —
INANITION

LAUENSTEIN, observation rapportée au XII^e Congrès de Chirurgie allemande, et
Festschrift à L. Meyer in Göttingen, 1892.

La femme B..., âgée de 35 ans, fut reçue à la maison des diaconesses de Bethesda au commencement de novembre 1882. Elle souffrait de vomissements quotidiens depuis le printemps 1881. Ses douleurs augmentaient toujours après le diner, et les vomissements venaient presque toujours 4 à 6 heures après les repas. Elle avait en outre des douleurs dans le dos et du pyrosis. Dans ces dernières années elle n'allait à la selle que tous les 5 à 8 jours. Depuis 4 semaines avant son entrée à l'hospice, la malade dut s'aliter de temps en temps. C'était une femme très amaigrie mais dont les autres viscères étaient sains. L'urine était acide et ne contenait point d'albumine. Densité, 1024. La rate n'était point augmentée de volume. L'épigastre était sensible à la pression, on ne pouvait point sentir de tumeur dans l'estomac ni dans aucune autre partie du ventre, point de déplacement

notable de l'estomac; la partie gauche du foie était augmentée de volume. L'estomac ne contenait qu'un litre de liquide, lorsque l'on dépassait cette mesure lors d'un lavage de l'estomac, il survenait des vomissements. 10 litres de liquide étaient nécessaires pour laver l'estomac jusqu'à ce que le liquide fut rendu clair. Les lavages soulagèrent la malade, mais ne firent pas complètement cesser les vomissements. Pendant les semaines où l'on pratiqua journellement les lavages, les vomissements survenaient tous les deux jours. Avec cela la malade éprouvait de fortes douleurs dans les reins et dans le côté droit.

Opération le 30 novembre 1892. — Incision sur la ligne médiane ayant 12 cent. $1/2$, passant à gauche de l'ombilic et descendant un peu plus bas que lui.

On trouve dans l'épigastre le lobule hépatique gauche de couleur brune. Le grand épiploon dépouillé de graisse était situé derrière lui ainsi que le côlon transverse qui renfermait 2 cybales aussi grosses qu'un œuf de pigeon. La grande courbure de l'estomac vide était située à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le pylore ne cède pas à une légère traction faite sur l'estomac, il est le siège d'une tumeur annulaire ayant deux travers de doigt de large et s'étendant sur la petite courbure à un travers de doigt. Il présente des adhérences avec la partie inférieure du foie et en arrière; il ne se laisse déplacer dans aucune direction. On pouvait encore sentir des ganglions hypertrophiés et durs dans la région de la tumeur pylorique et dans le grand épiploon. Vu l'immobilité du pylore, je dus au lieu de la résection pratiquer une gastro-entérostomie suivant la méthode de Wœlfker. A l'union du tiers moyen et au dernier tiers de l'estomac, je pratiquai une incision de 3 à 4 centimètres portant sur la paroi stomacale, incision commençant à un travers de doigt au-dessus du grand épiploon; puis on saisit une anse située au-dessus du côlon transverse.

On pratique une incision semblable sur l'intestin grêle après avoir placé deux ligatures provisoires à travers le mésentère à la partie

opposée de l'insertion mésentérique. Après avoir lavé l'anse de l'intestin grêle avec de l'acide phénique tiède, on plaça une éponge large et chaude et on sutura la plaie intestinale à la plaie stomacale au moyen d'une double suture continue, faite avec de la soie très fine. On protégea la cavité abdominale avec des éponges chaudes contre l'irruption des liquides. On sutura à la portion droite de l'estomac la branche droite de l'intestin au moyen de deux points de suture placés à une distance d'un centimètre de la fistule et cela pour éviter l'écoulement de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac. On nettoie le champ opératoire au moyen d'éponges qui ont été exprimées dans une solution d'acide phénique chaude. — Fermeture de l'abdomen. Durée de l'opération, une heure.

Le soir à 9 h. 38, pouls 130. Plus tard, la plaie était guérie par première intention (le 5 décembre). Les vomissements copieux cessèrent complètement, mais au début il y eut quelques renvois légèrement bilieux. Les douleurs dans le dos et dans le côté persistèrent et devinrent même plus vives tandis que la sensation de plénitude signalée précédemment avait complètement disparu. Au milieu de décembre, les renvois bilieux devinrent moins fréquents. Les selles étaient un peu plus copieuses qu'avant l'opération mais ne survenaient que tous les 3 ou 4 jours à l'aide de lavements. L'appétit ne revint pas. A la fin de décembre, il y eut de l'amaigrissement et de l'œdème des membres inférieurs. La malade avait de fortes douleurs dans le dos et dans le côté droit et ne pouvait se coucher sur ce côté. Le 30 décembre au matin, elle expira tout doucement. L'autopsie faite 9 heures après la mort donne les résultats suivants :

Après l'ouverture des téguments de l'abdomen dans la région de l'incision fortement cicatrisée, on trouve une anse de l'intestin grêle située dans l'axe longitudinal du corps et adhérente à la paroi abdominale dans la région de la plaie cicatrisée.

C'était la portion descendante, tandis que la portion ascendante était située à gauche et figurait un U renversé avec la portion descen-

dante. Le point de réunion de l'intestin à l'estomac répondait à la partie supérieure de l'iléon environ à deux mètres au-dessous du duodénum. Dans le côlon transverse, on trouve des excréments solides et fortement colorés. A gauche, le côlon transverse et le côlon descendant sont affaissés et vides. Le grand épiploon adhérent en partie avec lui-même, en partie avec le mésentère de l'anse intestinale attirée vers en haut.

Le foie est fortement adhérent à sa face inférieure avec le pylore et il est parsemé de noyaux secondaires ayant la taille d'une noisette et celle d'un œuf d'oie, noyaux jaunes, blancs, ressemblant à des champignons de couche et ramollis au centre.

La cavité de la vésicule biliaire contenant un peu de bile brune et visqueuse, était aussi le siège d'un semblable noyau. Le pylore qui n'était point perméable au doigt, était également fortement adhérent au pancréas.

Observation XLVI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT LE 11^e JOUR.

— ANSE INTESTINALE CHOISIE TROP PRÈS DE LA VALVULE DE BAUHIN.

LAUENSTEIN, *Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 26.

Femme âgée de 65 ans, souffrant de l'estomac depuis plusieurs années, de vomissements alimentaires depuis 3 mois. Constipation opiniâtre, amaigrissement considérable. Il survint une tumeur ayant la grosseur d'une petite pomme, peu mobile. Cette tumeur était située près des côtés à droite lorsque l'estomac était plein, et au niveau de l'ombilic quand l'estomac était vide. La grande courbure était à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le suc gastrique ne contient que des traces d'acide chlorhydrique. Diagnostic : carcinome du pylore.

Opération le 13 mars 1888. — Anesthésie. L'incision longitudinale est pratiquée à droite et à deux travers de doigt de l'ombilic. On trouve un carcinome du pylore ayant la taille d'une pomme, et autour de lui, dans le grand épiploon, on trouve des ganglions hypertrophiés.

La mobilité du pylore est peu accusée. L'index introduit à travers une ouverture faite dans le ligament gastro-colique montre que le pylore est fixé en arrière dans toute sa surface. On s'abstient de la résection à cause du grand âge de la malade, et ce qui fortifie encore dans cette résolution, c'est que, en attirant l'estomac, le côlon transverse se montrait très adhérent avec ce viscère. Je saisis une anse de l'intestin grêle située au-dessous du côlon transverse et médiocrement remplie et je cherchai à m'orienter sur la direction de l'intestin en saupoudrant un peu de sel cristallisé suivant la méthode de Nothnagel. Quelques instants après, il y eut un mouvement intestinal de gauche à droite, ce que je pris pour un mouvement antiperistaltique suivant les données de Nothnagel.

Suivant les conseils de Woelfler, lors de l'établissement de la fistule gastro-duodénale, j'avais placé l'intestin de telle façon que la portion ascendante vînt se mettre à droite et la portion descendante à gauche ; je crus donc, d'après les résultats des recherches de Nothnagel, que j'avais placé l'intestin dans cette direction. La fistule eut 4 cent. $1/2$ de long. Les bords de l'estomac et de l'intestin furent réunis en arrière par une double suture continue. La fistule était située à trois travers de doigt à gauche de la limite du carcinome et à un travers de doigt au-dessus de la grande courbure. Durée de l'opération, une heure. Dans les premiers jours, la malade qui avait bien supporté l'opération, fut nourrie à l'aide de lavements alimentaires. Le 16 mars, elle prit des aliments par la bouche. Les aliments liquides qu'elle prit au début, ainsi que les aliments solides qu'elle prit plus tard, furent rapidement rendus par les selles et la malade mourut d'inanition 11 jours après l'opération.

A l'autopsie, le pylore était réuni à la paroi abdominale. La cavité abdominale était aseptique, les anses intestinales anastomosées qui attiraient vers en bas l'estomac vide, étaient agglutinées sur une grande étendue, et étaient placées parallèlement l'une à côté de l'autre. Ces anses appartenaient à la partie inférieure de l'iléon, et l'endroit où

portait la suture n'était distant de la valvule de Bauhin que de 40 centimètres. L'anse intestinale droite formait la portion descendante, l'anse intestinale gauche formait la portion ascendante. La plus grande partie de l'intestin grêle était située dans le petit bassin et formait un pelotonnement d'anses serrées les unes contre les autres et complètement vides. Le néoplasme obturait en outre la lumière du pylore. La fistule était bien formée, elle était totalement recouverte d'une muqueuse et présentait une ouverture qui laissait passer le doigt. Lorsque l'on versait de l'eau dans l'estomac laissé à sa place normale, l'eau s'écoulait à la fois dans le bout supérieur et dans le bout inférieur; les métastases manquaient.

Observation XLVII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT
SEPT SEMAINES APRÈS. — EMBOLIE PULMONAIRE.

LAUENSTEIN, *Festschrift à L. Meyer, 1892, in Göttingen, 1892.*

Marin, âgé de 54 ans, vomissait continuellement depuis six mois, entré à l'hospice Seemann au milieu de juillet 1888. On pensa tout d'abord à un carcinome de l'estomac, mais on ne put sentir de tumeur dans l'épigastre que vers le milieu de septembre. Cette tumeur fut beaucoup plus évidente à la petite courbure de l'estomac lors de l'insufflation de cet organe. La grande courbure de l'estomac était située après insufflation à plusieurs travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Opération le 21 septembre 1888. Après incision de l'abdomen sur la ligne médiane, on s'aperçut que la partie pylorique de l'estomac était le siège d'une tumeur qui s'étendait jusque sur la petite courbure. Plus loin, on trouva dans le petit épiploon et à quelques travers de doigt du pylore, un ganglion lymphatique dur et aussi gros qu'une noisette. Quoique la tumeur ne fût pas adhérente en arrière, le cas n'était cependant pas propice pour une opération radicale. J'entrepris donc de faire une gastro-entérostomie. Je saisis une anse de l'intestin

grêle située au-dessous du côlon transverse et je la suivis dans une direction déterminée en la laissant glisser entre mes doigts.

Mais comme je remarquai qu'elle se dirigeait vers en bas et du côté du petit bassin, je suivis cette anse dans une direction opposée à celle que j'avais prise et j'arrivai bientôt en un point où le jéjunum faisant suite au duodénum était fixé à la paroi abdominale postérieure. Je plaçai ensuite une anse de la partie supérieure du jéjunum de telle façon que ses mouvements péristaltiques fussent dirigés dans la même direction que ceux de l'estomac, et j'attachai l'intestin non encore ouvert à la paroi antérieure de l'estomac au moyen d'une suture séreuse, après l'avoir isolé provisoirement au moyen de deux fils entourés de caoutchouc et des pinces à forci-pressure. Cette suture était distante de trois travers de doigt du pylore et de un travers de doigt de la grande courbure. On procéda ensuite à l'incision des musculo-séreuses de l'intestin et de l'estomac sans ouvrir la muqueuse, puis on réunit les bords postérieurs de la musculo-séreuse. Lors de l'ouverture de la muqueuse intestinale et stomacale, le malade fit des efforts et il s'écoula un liquide clair hors de l'estomac. Ce liquide est épongé et on couche le malade sur le côté ; il s'écoule ensuite un liquide assez clair mêlé à des particules alimentaires aussi grosses que des fèves.

On continue ensuite l'opération, on réunit en arrière les bords de la muqueuse et on procède de même en avant en plaçant trois plans de suture continue. Puis on enleva la languette de gaze iodoformée placée entre l'estomac et l'intestin au niveau de la grande courbure. Je fermai ensuite la cavité abdominale au moyen de 12 points au catgut. Durée de l'opération, presque une heure.

Le malade supporta bien l'opération. On fut obligé de pratiquer le cathétérisme de la vessie, point de vomissements les premiers jours. Cinq jours après l'opération, le malade se leva sans autorisation pour aller à la selle. Le lendemain à la visite, on trouva que les points de suture avaient sauté tandis qu'un grand nombre d'anses de l'intestin étaient situées en avant de la cavité abdominale, au-dessous du panse-

ment. Le Dr Müller, alors médecin en second, remplaça les anses et réunit une deuxième fois la plaie abdominale, cette fois avec de la soie.

A partir de ce moment, il n'y eut plus d'accident du côté de la plaie abdominale. Depuis l'opération, le malade eut pendant plusieurs jours de la diarrhée qui ne fut pas améliorée par la diète. Malgré cela il se trouvait très bien après l'opération. Le 13 novembre 1888, environ 8 semaines après l'opération, il mourut subitement avec les symptômes d'une embolie de l'artère pulmonaire.

Autopsie le 14 novembre. On trouva le pylore situé à gauche, il était tellement rétréci qu'il n'admettait même pas l'extrémité du petit doigt. Le jéjunum était inséré à l'estomac à environ 11 centimètres au-dessous du pli jéjuno-duodénal. La portion ascendante située à gauche était verticale et dirigée vers en haut, la portion droite descendante regardait à droite et était oblique. Le côlon transverse n'étant nullement comprimé, on rencontrait de nombreux ganglions dans la région du pylore qui était adhérent en arrière. Point de métastase dans les autres régions. Dans le gros intestin on trouvait deux tumeurs en forme de tubercules. Les deux reins étaient kystiques. Les poumons étaient remplis de foyers péri-bronchiques.

Observation XLVIII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE — RÉTRÉCISSEMENT CICATRICIEL DU PYLORE
SUCCÈS

LAUENSTEIN, *Festschrift*, à L. Meyer, 1892.

Le malade était âgé de 33 ans et depuis ces deux dernières années, il vomissait d'abord de temps en temps, ensuite plus souvent les aliments qu'il ingérait. En 1888, hématemèse, plus tard mélaena. Dans la suite, il survint un amaigrissement notable, mais point de cachexie. Poids du corps 103 livres. Point de dilatation notable de l'estomac. Le suc gastrique contient de l'acide chlorhydrique. Avant l'opération et quelquefois seulement on pouvait sentir une tumeur bosselée située entre l'ombilic et le bord costal droit et à la droite du muscle droit de

l'abdomen. La plupart du temps on ne pouvait sentir cette tumeur. Au-dessus de l'ombilic on pouvait provoquer le clapotement stomacal. — Diagnostic : Rétrécissement du pylore à la suite d'un ulcère, peut-être carcinome étant venu se greffer sur un vieil ulcère.

Opération, le 6 novembre 1888. — Chloroformisation. Incision de l'abdomen sur la ligne médiane. Le côlon transverse et les intestins grêles se présentent tellement rapidement que l'on a de la peine à les refouler. En explorant de près l'estomac, on voit que le pylore est transformé en une tumeur ayant la grosseur d'un œuf de pigeon. Il ne se laisse point attirer hors de l'abdomen parce qu'il est fixé en arrière ; en outre, il adhère à la grande courbure et au côlon transverse. On renonce à la résection du pylore et on se propose de faire la gastro-entérostomie. Je saisis une anse de l'intestin grêle au-dessous du côlon transverse à gauche près de la colonne vertébrale et je la fis glisser rapidement à travers mes doigts d'abord dans une direction, puis dans une autre, jusqu'à ce que j'eus senti la résistance caractéristique de la fixation de l'anse à la partie postérieure de la paroi abdominale. Le jéjunum paraissait rosé en comparaison de l'iléon qui était gris. Ses parois étaient fortement plissées. Je saisis une anse de la partie supérieure du jéjunum qui se laissa facilement appliquer contre la paroi antérieure de l'estomac ; après que je l'eus vidée en haut et en bas avec mes doigts, je l'isolai au moyen de deux fils garnis de caoutchouc. Quant au reste, je me comportai comme dans le cas précédent ; je réunis d'abord les séreuses avant d'ouvrir les lumières des deux viscères, puis je fis la suture séro-musculaire des bords, en avant et en arrière, avec une suture continue au catgut et sur trois plans.

L'étendue de la fistule eut environ 4 cent. 1/2 et elle fut placée un peu obliquement de haut en bas et de gauche à droite. La fistule se terminait près de la grande courbure et était distante du pylore de 3 à 4 travers de doigt. Après que la fistule fut établie, on essaya la méthode de Nothnagel sur le jéjunum dans la partie située au-dessous de la fistule, mais il n'y eut pas trace de contraction intestinale. La

reposition des intestins en arrière fut très pénible à cause de la rigidité de la paroi abdominale et de l'issue des intestins. Réunion des plaies de l'abdomen au moyen de fils de soie. L'opération dura à peine une heure.

La suite de l'opération avait été très simple.

Le lendemain de l'opération : T. 38°,5 et le malade eut une sensation de brûlure dans l'abdomen. Le 18 octobre, la plaie de l'abdomen était réunie par première intention.

L'alimentation fut assurée dès les premiers jours au moyen de vin de Porto, du lait et un œuf ; le troisième jour seulement on donna au malade quelques cuillerées de lait, de bouillon, et de vin par la bouche.

Le 10 novembre le malade se plaignit d'une douleur localisée à un point fixe de l'intestin. On lui donna de la morphine en injection sous-cutanée. Puis il survint des vomissements abondants du contenu stomacal trouble mélangé à du lait caillé.

Le 21 novembre, survint un vomissement bilieux remplissant environ un demi-pot de nuit. Depuis ce temps il n'y eut plus de trouble d'aucune sorte du côté des intestins. Le malade quitta le lit au commencement de décembre et prit enfin quelque mine. Il quitta l'hôpital dans le courant de décembre. Il revint se montrer à la fin de janvier 1889, il avait gagné 43 livres et avait pris de la force sous tous les rapports.

En juillet 1890, le malade fut soigné à l'hôpital pour une affection au pied. La fonction de son estomac était normale sous tous les rapports, et ses forces étaient remarquables. L'examen du contenu stomacal qui fut pratiqué à ce moment montra que l'estomac contenait 3 heures après le dîner du suc gastrique, qu'il donnait la réaction des matières colorantes de la bile et qu'il contenait aussi de l'acide lactique et butyrique, des sarcines et des levures.

Observation XLIX

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CANCER DU PYLORE. — MORT
TROIS MOIS ET DEMI. — CACHEXIE.

LAUENSTEIN, *Festschrift à L. Meyer in Göttingen*, 1892.

Homme, âgé de 34 ans, menuisier de son état, entré à l'hôpital de Bethesda le 17 mars 1888 ; souffre de l'estomac depuis six ans. Ses plus grands maux consistaient en vomissements, en pyrosis et en constipation, tandis que les douleurs propres de l'estomac étaient peu accusées. Les lavages de l'estomac firent diminuer les vomissements. Cet homme travaillait encore il y a quinze jours. Dans ces derniers temps, les vomissements survenaient chaque jour. Le médecin traitant avait découvert quatre ans auparavant une tumeur chez son malade et lui avait conseillé l'opération.

Le malade pesait 94 livres ; il était très affaibli et très amaigri, mais n'avait point d'œdème. Les ganglions inguinaux étaient considérablement hypertrophiés. Les dimensions du foie et de la rate étaient normales. On pouvait facilement provoquer le clapotement stomacal. Sur la ligne médiane et au-dessus de l'ombilic, on pouvait sentir une tumeur dure, grosse comme le poing et un peu mobile ; cette tumeur glissait un peu en haut et à gauche, lorsque l'estomac était distendu. La région stomacale était sensible à la pression ; les parois abdominales étaient résistantes. Le contenu de l'estomac, qui s'écoulait après introduction de la sonde, était visqueux, couleur chocolat et sans odeur, il rougissait le papier tournesol bleu et bleuissait, d'une façon intense, le papier coloré au rouge de Congo ; filtré avec un mélange de phloroglucine vanilline, il laisse un résidu rouge ; point de réaction d'acide lactique.

Opération le 20 novembre 1888. — Anesthésie chloroformique. Ouverture de l'abdomen sur la ligne médiane. On découvre à gauche de la ligne médiane le pylore qui est envahi circulairement par un carcinome qui s'étend en arrière et qui est adhérent au pancréas. On trouve, sur la paroi stomacale antérieure, quelques noyaux secondaires

blancs. On établit la fistule gastro-duodénale après avoir recherché le pli jéjuno-duodénal à la partie supérieure du jéjunum, comme cela avait été fait dans le cas précédent. La fistule établie avait 4 cent. 1/2 de long et trois travers de doigt de large ; elle était située à gauche de la limite du carcinome et à un travers de doigt au-dessus de la grande courbure.

Durée de l'opération : 55 minutes.

Laguérison eut lieu sans accident. La langue devint meilleure ; le malade supportait facilement les aliments liquides. Le 15 décembre, il put se lever et avait augmenté de trois livres au bout de 15 jours. Mais il se plaignait toujours de maux de reins ; d'une sensation de plénitude et de dureté dans le ventre.

Au commencement de janvier, il eut des vomissements abondants qui ne se répétèrent plus après les lavages de l'estomac. Mais il se plaignait toujours de douleurs dans la région de l'estomac et du foie. Le malade quitta l'hôpital le 13 février et, à ce moment, on constata de l'ascite.

Le 8 mars, le malade succomba. Dans ces derniers temps, il avait toujours été constipé, il avait toujours conservé une sensation de plénitude et trois semaines avant sa mort, il avait subi chaque jour un lavage de l'estomac.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'est écoulé environ deux litres d'un exsudat séreux, jaune et à odeur fécaloïde. L'estomac était caché sous le rebord des côtes gauches et sous le lobe gauche du foie ; le grand épiploon était enroulé sur la partie externe du côlon descendant, à la manière d'une corde. L'anse intestinale, sur laquelle portait la fistule, se dirige directement en haut et partage le côlon transverse, situé derrière elle, en deux parties : l'une, située à droite, est bien remplie ; l'autre, située à gauche, est plus affaissée. La majeure partie de l'intestin grêle, située plus bas, est vide et fortement aplatie.

L'autopsie révéla en outre, en arrière du lobe gauche du foie,

une tumeur dure et plus grosse que le poing, s'étendant sur la région pylorique de l'estomac et envahissant la partie droite du pancréas, adhérente à la colonne vertébrale et au lobe gauche du foie. La muqueuse de l'estomac n'était envahie et ulcérée par le néoplasme, qu'en quelques endroits. L'anse intestinale était insérée à la limite du tiers de la grande courbure attenante au pylore. La fistule était envahie par les masses carcinomateuses, de telle sorte qu'il n'était pas possible d'introduire le doigt dans la lumière, qui n'avait qu'un demi centimètre d'ouverture.

Observation L

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX. —
MORT LE 7^e JOUR. — PÉRITONITE PAR PERFORATION.

LAUENSTEIN, *Festschrift* à Louis Meyer, in *Göttingen*, 1892.

S..., âgé de 29 ans, entre à l'hôpital de Bethesda le 2 janvier 1889, il souffre de l'estomac depuis 4 ans. Inappétence, constipation et douleurs épigastriques. En août survinrent des vomissements et de la dyspnée. Il revint se faire soigner à l'hôpital dans ces dernières années et l'on constata une dilatation énorme de l'estomac ainsi que des vomissements marc de café. Après une amélioration passagère les douleurs de l'estomac et les vomissements le reprirent en août ; on lui fit des lavages de l'estomac avec succès pendant ces derniers mois. Le malade n'avait pas encore été forcé de s'aliter. C'était un homme de grande taille, amaigri et pesant 103 livres ; sa figure était celle d'un homme sain, il n'avait point d'œdème. La langue était chargée ; rien du côté de l'appareil respiratoire. L'estomac contenait 3 litres 1/2 de liquide et fut vidé après un lavage de 10 litres. Le clapotement stomacal était facile à provoquer. La grande courbure était située entre l'ombilic et la symphyse. On ne pouvait sentir de tumeur nulle part. Le contenu stomacal ne renfermait ni acide chlorhydrique, ni acide lactique.

Je posai le diagnostic de rétrécissement fibreux du pylore sans épaississement des parois de l'estomac et j'espérai pouvoir faire la résection du pylore.

Opération le 4 janvier 1889. — Ouverture de l'abdomen sur la ligne médiane depuis le milieu de la région qui va de l'appendice xiphoïde jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. J'aperçus d'abord le côlon transverse qui avait tendance à faire saillie au-dehors de l'abdomen. Par-dessus lui se trouvait l'estomac. On ne pouvait attirer au dehors cet organe dans sa partie pylorique, et le pylore paraissait être fixé en arrière. Afin de mieux me rendre compte des rapports, je fus obligé de prolonger mon incision vers en haut, vers le creux épigastrique. Je vis alors qu'il y avait dans la région pylorique de l'estomac un diverticulum qui au premier abord en imposait pour un rétrécissement du pylore en forme de sablier. En introduisant mon doigt à travers la fente faite au ligament gastrocolique, je pus me convaincre que le rétrécissement supposé de la paroi postérieure du pylore ne présentait aucune anomalie. Je fis donc une incision longitudinale à droite du rétrécissement faisant suite au diverticule. Le doigt introduit dans cette incision trouva dans la profondeur du duodénum un rétrécissement infranchissable pour l'extrémité du doigt et fixant en même temps le duodénum à la paroi postérieure de l'abdomen. Lorsque j'eus retiré mon doigt il s'écoula une grande quantité de bile noirâtre, j'en conclus que je venais d'explorer le duodénum. Ce qui confirma encore cette opinion que c'était bien un diverticule du duodénum c'était la minceur de ses parois, et sa coloration grise et foncée, tandis que la paroi stomacale située en face et à gauche du rétrécissement avait une consistance plus dure et une couleur plus claire. L'anneau pylorique élargi put laisser passer facilement deux doigts. Je suture ensuite cette incision exploratrice au moyen de deux rangées de sutures continues. J'établis ensuite la fistule gastro-duodénale comme d'habitude après avoir trouvé le pli jéjuno-duodénal sans aucune difficulté. L'anse de la partie supérieure du jéjunum fut placée de telle façon que la portion droite correspondait à la partie descendante comme cela avait été fait dans les deux cas précédents. Le lieu de l'anastomose portait à un travers de doigt de la grande courbure et à l'union du tiers moyen et du tiers droit de la

paroi antérieure de l'estomac. J'employai la soie pour les sutures. — L'opération avait duré 1 h. 17 minutes.

Douleurs intenses après l'opération, qui durent être apaisées au moyen de 0 gr., 01 de morphine en injection sous-cutanée. Lavements alimentaires au vin de Porto. On donna encore deux injections au malade en raison de ses fortes douleurs. Dans la nuit, le malade vomit en trois fois près d'un litre de matières à odeur fécaloïde, rouges et brunes, dans lesquelles cependant on ne pouvait trouver sûrement de globules rouges non altérés.

Température dans l'après-midi qui suivit l'opération, 36°6, 36°4 ; p., 76, 68 ; resp., 36.

5 Janvier. — Le malade prend toutes les heures et alternativement un morceau de glace ou une cuillère à thé de vin. Survient une faiblesse extrême qui ne quitte plus le malade.

Température le matin 36°6, le soir 37° ; p. 104 ; resp. 36.

A 10 heures du soir, vomissement de 100 grammes d'un liquide bilieux.

6 janvier. — Nuit agitée. Le malade a eu beaucoup de nausées, il a vomi deux fois. Le matin, T., 36°5. Pouls, 100. Nausées continues. Le malade conserve deux lavements de vin de Porto et il rend les autres. Dans l'après-midi, le pouls devient petit, 144 ; il présente des symptômes de collapsus : injection de camphre et d'éther. Le soir, 36°8. Pouls, 152. Dans la nuit, nausées continues, vomissements de matières vertes et foncées, mais inodores. On donne de la cocaïne à l'intérieur, mais sans succès.

7 janvier. — Le malade vomit continuellement, il est très agité. Le pouls devient plus fréquent, 96. T. le matin, 36°5 ; à midi, 36°2 ; le soir, 36°1. Le malade se plaint d'angoisse ainsi que de douleurs abdominales le matin. Une sonde en gomme introduite dans l'anus laisse échapper de nombreux gaz ainsi qu'une grande quantité de matières fécales brunes. Il s'en suit un léger soulagement. Les nausées et les vomissements cessent. A 10 h. 30 du matin, nouveaux vomissements.

8 janvier. — La nuit passée a été meilleure : plus de sommeil. Le matin le malade se plaint de douleurs abdominales. T. le matin, 36°5 ; pouls, 92. A midi, 36°6 ; pouls, 108. Le soir, 36°9 ; pouls, 112. Le soir on donne une injection de deux centigrammes de morphine, à cause des grandes douleurs abdominales. On place une vessie de glace sur le ventre ; point de vomissements, peu d'éruclations. Dans la nuit suivante, il eut quatre heures et demie de sommeil.

10 janvier. — Le matin, 36°4 ; pouls, 112. A midi, 36°9, 128. Le soir, 36°3, 132. Soif inextinguible, douleurs abdominales violentes et difficulté de respirer. Le malade prend beaucoup de bouillon et de lait. On est obligé de pratiquer le catéthérisme de la vessie qui ramène 1400 cmc. d'urine, dont la densité est 1017 et sans albumine. Le soir, pouls filiforme. Respiration, 56. Dyspnée violente. Extrémités froides. Ventre dur.

Le 11 janvier, mort par collapsus. Plus tard on apprit que le malade, en raison des douleurs violentes dont il était la proie, était devenu morphiomane, détail qu'il ne nous avait pas signalé. L'autopsie montra une péritonite par perforation ; les intestins gonflés étaient recouverts de fibrine, on trouva en outre dans la cavité abdominale un liquide jaunâtre, sans odeur, et semblable au liquide de l'estomac.

La situation de l'anse du jéjunum solidement fixée à l'estomac, examinée et dessinée par M. le D^r Jentz, présentait les particularités suivantes : La portion ascendante se trouvait à droite, la portion descendante se trouvait à gauche. Le côlon transverse n'était pas comprimé. On voit à la partie antérieure de la suture du jéjunum un orifice formé par un point de suture ; la partie inférieure de l'incision exploratrice du duodénum se montrait perméable. Après avoir sorti cette préparation de l'abdomen, on voit que le contenu de l'estomac s'échappe par ces deux points. La fistule est bien formée, mais un fil de soie détaché de la ligne de suture s'étend transversalement par dessus la fistule d'un côté à l'autre. Le rétrécissement du duodénum se trouve à l'en-

droit où il a déjà été constaté lors de l'opération et ne laisse point pénétrer l'extrémité du petit doigt.

Observation LI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CANCER DU PYLORE. — MORT
APRÈS TROIS MOIS ET DEMI DE CACHEXIE

LAUENSTEIN, *Festschrift*, à L. Meyer, in *Göttingen*, 1892.

Le nommé H..., relieur, âgé de 67 ans, entre à l'hôpital de Bethesda, le 26 mars 1889. — Il souffrait depuis six mois de l'estomac et vomissait depuis cinq semaines. Appétit faible, garde-robes retardées. — Point d'hématémèses. — Amaigrissement depuis six mois, forces relativement bien conservées. — Il ne gardait cependant point le lit, point d'œdème.

Entre l'ombilic et en avant du rebord costal droit, on trouve une tumeur ayant la grosseur d'un œuf de pigeon ; elle était limitée et mobile. La grande courbure de l'estomac descendait jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Opération, le 30 mars 1889. — Incision sur la ligne médiane. Le pylore est le siège d'une tumeur ayant la grosseur d'un œuf de pigeon ; elle est située sur la ligne médiane, elle est dure au toucher, elle a une apparence charnue, elle est parsemée de nodules blancs ayant la grosseur de lentilles qui s'étendent au-delà de la tumeur jusque sur la paroi antérieure de l'estomac. La tumeur ne se laisse point attirer en avant, elle est solidement adhérente à la paroi postérieure de l'abdomen. La mobilisation de la tumeur est faible. — Point de ganglions dans le grand épiploon.

En considération du degré avancé du cancer, et en considération de l'âge du malade, on renonça à la résection et on pratiqua la gastro-entérostomie suivant la méthode de Woelfler. On attira le grand épiploon vers en haut et l'on saisit une anse de l'intestin grêle au-dessous du côlon transverse. On poursuit cette anse dans une certaine direction ; mais comme elle conduit vers le bassin, comme elle avait une

teinte grisâtre et qu'elle devenait plus étroite, on poursuivit l'intestin dans une direction opposée à la première jusqu'à ce que l'on ait atteint en quelques instants le point d'insertion caractéristique du pli jéjuno-duodénal (le jéjunum a une apparence rosée, une musculature plus solide et ses anses sont plus sinueuses).

On prend ensuite une anse du jéjunum s'adaptant facilement à la paroi antérieure de l'estomac, on l'exprime à travers les doigts, on l'isole provisoirement au moyen de deux fils entourés de caoutchouc et on le suture à l'estomac environ à trois travers de doigt à gauche de la tumeur du pylore et à un travers de doigt au-dessus de la grande courbure, au moyen d'une ouverture de 4 cent. $1/2$ à 5 centimètres. Après que la suture fut achevée on saupoudra la partie antérieure de la ligne de suture au moyen de poudre d'iodoforme ; on ferma la paroi abdominale au moyen de 10 points de suture profonds et autant de points de suture superficiels.

Durée de l'opération 52 minutes. Alimentation les premiers jours au moyen de lavements alimentaires au vin de Porto.

Le 31 mars, dans la journée, il y eut plusieurs vomissements avec des matières bilieuses. — Dans la nuit cessation complète des vomissements. — Apyrexie complète. — Le 12 avril, la plaie étant réunie par première intention, le malade quitta bientôt le lit et se trouva bien sous tous les rapports, il quitta l'hôpital, le 25 avril.

Au milieu de juin, je revis le malade qui me fit appeler auprès de lui. Il n'avait plus vomi depuis l'opération et avait eu des selles régulières. Cependant il s'était toujours plaint de douleurs dans le dos et dans l'épigastre. Il put supporter tous les aliments jusqu'à il y a peu de temps. — Cependant l'appétit était devenu mauvais, il aurait eu la jaunisse depuis quelques jours et aurait eu une sensation de tension dans l'abdomen.

Je trouvai le malade passablement amaigri, et ayant un ictère intense. On sentait une tumeur épaisse du pylore située au-dessus de l'ombilic et ayant la grosseur d'un œuf de poule. On trouvait, en outre,

à droite dans l'abdomen et vers le flanc droit une tumeur, bosselée, ayant la grosseur d'un double poing, tumeur douloureuse à la pression. Au commencement de juillet, les vomissements revinrent de nouveau et au milieu du mois, le malade vomissait tous les aliments sans exception. On trouvait à ce moment une tumeur s'étendant à droite de la cicatrice et en dessous du foie. Le 16 juillet 1889, mort. — Point d'autopsie.

Observation LII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — CARCINOME DU PYLORE. —
MORT SEPT MOIS ET DEMI APRÈS. — HEMATÉMESE.

LAUENSTEIN, *Festschrift à L. Meyer*, 1892.

Femme âgée de 50 ans, entrée à la maison des Diaconesses de Bethesda au commencement de juin. Mère de 2 enfants, a souffert de l'estomac depuis son jeune âge, ainsi que de vomissements. Elle vomit depuis six mois tous les aliments quelques heures après ses repas. Les vomissements survenaient antôt deux puis trois fois par jour. Selles en général régulières. Aurait senti une tumeur dans l'estomac depuis huit semaines ; ce qui l'aurait amenée à constater cette tumeur, c'était une douleur siégeant toujours au même endroit. En un mot, c'était une femme entièrement amaigrie. Il existait entre l'ombilic et le rebord costal droit une tumeur mobile ayant une surface lobulée. Cette tumeur se laissait déplacer à gauche au-delà de la ligne médiane ; lors de l'insufflation de l'estomac, la tumeur se dirige à droite jusque dans le flanc droit. La grande courbure était située entre l'ombilic et la symphyse sur la ligne médiane. L'acide chlorhydrique manquait dans le suc gastrique et l'acide lactique dominait. Au reste, point d'autres organes malades. La percussion indolore ailleurs était douloureuse au niveau de l'estomac. On pose le diagnostic : Carcinome qui n'avait pas encore trop rétréci cet orifice, et qui n'avait point d'adhérence.

Opération le 9 juin 1889.—Chloroformisation. Incision sur la ligne médiane ; on trouve le carcinome soupçonné du pylore qui se laisse bien

attirer en dehors de la plaie abdominale. On trouve dans le grand épiploon une demi-douzaine de ganglions hypertrophiés ayant la grosseur de petites cerises, plus loin; au-dessus du duodénum, on trouve dans le ligament gastro-hépatique un noyau ayant la grosseur d'une noisette, et le duodénum aux environs de ce tubercule est entièrement adhérent avec la vésicule biliaire, de telle sorte que la séparation du duodénum paraissait impossible sans léser cet organe. En poussant plus avant les recherches, on trouva une tumeur de la grosseur d'une noix dans la partie supérieure et du petit épiploon, tout près du foie. Comme la résection paraissait impossible, je dus établir une fistule intestinale. Pendant que je fis maintenir la cavité abdominale béante, je conduisis la main au-dessous du côlon transverse dans la région du pli jéjunoduodénal, mais je ne pus découvrir ce pli au toucher. La plaie ne me permettait pas de la chercher avec les yeux. C'est pourquoi je pris une anse intestinale dans la région où l'intestin grêle était vide et affaissé, et je suivis cette anse plus loin dans une même direction. Après avoir suivi l'intestin quelque temps dans cette direction, sans arriver à une portion d'intestin fixe, je poursuivis l'intestin dans une autre direction et j'arrivai rapidement à l'insertion du duodénum. J'attirai hors de l'intestin une anse éloignée de la partie supérieure du jéjunum de plusieurs travers de doigt, anse qui se laissait facilement appliquer à l'estomac, et je la saupoudrai de quelques cristaux de sel pour contrôler chez l'homme les recherches faites par Nothnagel chez l'animal. Mais après que j'eus attendu quelques minutes et que le sel eut produit sur la séreuse quelques taches dues à la corrosion, il n'y eut point de mouvements intestinaux. Après que la partie de l'intestin grêle destinée à être anastomosée, fut attirée à travers une ouverture avasculaire du mésentère et pincée provisoirement par deux drains montés sur une pince à artères, on réunit la séreuse de l'estomac avec celle de l'intestin à trois travers de doigt de la limite de la tumeur à gauche, et à un travers de doigt au-dessus de la grande courbure. La ligne de suture avait 4 à 5 cent. et avait été pratiquée au moyen d'une suture continue

de telle sorte que le bout supérieur était à gauche et que le bout inférieur était à droite. Ensuite on incisa aux ciseaux et le long de cette suture séreuse, la musculo-séreuse de l'intestin et de l'estomac, tandis que la muqueuse des deux viscères fut laissée intacte. Ensuite on plaça sur le bord postérieur de la musculo-séreuse une suture continue. Après incision de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin on plaça une suture muqueuse continue au bord postérieur et ensuite on fit la même suture en avant, c'est-à-dire suture de la muqueuse, suture de la musculo-séreuse, suture du bord antérieur et suture séreuse.

Le tout fut fait au moyen de soie fine et d'aiguilles arrondies. La cavité péritonéale fut protégée entre l'irruption du sang et des sécrétions par l'application d'une bandelette de gaze iodoformée placée dans le champ opératoire entre l'estomac et l'intestin. La durée de l'opération fut de 58 minutes, et se répartissait ainsi : 11 h. 15, ouverture de l'abdomen, 11 h. 45, ouverture de l'estomac, 12 heures, terminaison de l'application des points de suture à l'estomac et à l'intestin, 12 h. 13, fermeture de l'abdomen. Les premiers jours qui suivirent l'opération, la malade rendit des matières bilieuses ayant une odeur fade.

A partir du 1^{er} juin, les vomissements cessèrent. La malade resta sans fièvre et put se lever au commencement de juillet. Les selles ont toujours été régulières. Elle quitte l'hôpital dans le courant de juillet.

Dans la suite, voici les renseignements que j'ai obtenus des deux filles de la malade. L'opérée ne s'est plus plainte de maux d'estomac. Elle put manger de tout et allait régulièrement à la selle. Les vomissements n'avaient plus reparu depuis l'opération. Mais la mère se plaignait d'une faiblesse progressive qu'elle attribuait à l'opération. Au commencement de 1888, elle eut de l'ictère, le 23 janvier, elle eut des hématomèses violentes et répétées ;— mort le 24 janvier.— Autopsie le 25 janvier. Le cadavre n'était pas amaigri mais présentait une teinte ictérique généralisée. Le carcinome du pylore de la partie

supérieure du rétrécissement était adhérent à la paroi abdominale. Le jéjunum était anastomosé à l'estomac à environ 0^m 50 au-dessous du duodénum. Les deux portions de l'anse du jéjunum rattachées à la partie extérieure de l'abdomen étaient parallèles l'une à l'autre et situées obliquement à gauche. Le bout supérieur et le bout inférieur étaient soudés plusieurs fois l'un à l'autre. Sur le trajet du bout inférieur on trouvait encore plusieurs adhérences avec d'autres anses de l'intestin grêle. A l'ouverture de l'estomac on trouve sur la paroi antérieure et au voisinage de la grande courbure, à peu près à 1/2 cent. du carcinome fortement ulcéré ; on trouva une ouverture qui laissait facilement pénétrer le doigt aussi bien dans le bout supérieur que dans le bout inférieur. Le côlon transverse n'était pas comprimé. Le foie était légèrement augmenté de volume, et il n'y avait point de noyaux visibles à l'extérieur. L'autopsie ne fut pas poussée plus loin.

Observation LIII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT APRÈS

SEIZE MOIS ET DEMI. — CACHEXIE

LAUENSTEIN, *Festschrift* à L. Meyer, 1892.

Femme W..., âgée de 33 ans, mère de 3 enfants, dont l'aîné à 4 ans, entre à l'hôpital de Béthesda, le 9 juillet 1889. Elle souffre de l'estomac depuis 6 ans. Elle eut d'abord des régurgitations, de la douleur puis des vomissements aqueux. Elle vomit ses aliments depuis 6 mois. La malade en est arrivée à un tel degré de faiblesse qu'elle garde le lit depuis 3 mois et plus, particulièrement depuis 3 semaines. L'appétit est très mauvais. Dans ces derniers temps, les matières vomies étaient mélangées à du sang. Les selles étaient rares et difficiles. Les matières étaient le plus souvent foncées. C'était une petite femme, mal nourrie, n'ayant point de pannicule adipeux, ayant une peau jaune, cachectique et de l'œdème des membres inférieurs. Pouls, 88. Respiration, 16. Température, 36.6. Point d'albumine dans les urines. Organes respiratoires sains. L'abdomen était complètement affaîssé, et à travers

ses parois amaigries on pouvait facilement suivre les contours de l'estomac dilaté. La petite courbure était située à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la grande courbure atteignait la symphyse pubienne au milieu, et les épines iliaques sur les côtés. Le clapotement stomacal était facilement provoqué. A droite de l'ombilic on sentait facilement une tumeur bosselée ayant la dimension d'un thaler, que l'on pouvait facilement sentir à gauche et à droite mais qu'il était difficile de suivre vers en haut. Grands mouvements péristaltiques après la palpation de l'estomac. Capacité de l'estomac dépassant deux litres ; il fallait 12 litres d'eau pour que le liquide fût rendu clair après le lavage de l'estomac. Le contenu stomacal donne toutes les réactions de l'acide chlorhydrique libre (violet de méthyle, papier au rouge de congo, phloroglucine vanilline). L'acide lactique fait défaut. Le diagnostic probable fut celui d'ulcère de l'estomac avec épaissement de la paroi stomacale dans la région du pylore ; diagnostic porté en raison de la réaction évidente de l'acide chlorhydrique. Cependant, en raison du mauvais état général de la malade, on se décida d'emblée pour la gastro-entérostomie.

Opération le 11 juillet 1889. — Anesthésie chloroformique. Incision de l'abdomen sur la ligne médiane et passant à gauche de l'ombilic. Les parois abdominales étaient minces. Le pylore était peu mobile et était le siège d'un cancer. A quelques travers de doigt du pylore on trouve sous la séreuse de la paroi antérieure de l'estomac quelques nodules disséminées de la dimension de grains de mil. Fidèle au manuel opératoire qui avait été employé dans les cas précédents et nous servant de fils de catgut, on établit une fistule gastro-intestinale ayant 4 à 5 centimètres de longueur et portant à quatre travers de doigt à gauche de la limite de la tumeur du pylore et à un travers de doigt au-dessus de la grande courbure. On referme l'abdomen au moyen de 13 points de suture faits à la soie. L'opération avait duré 33 minutes. Les suites de l'opération furent simples : apyrexie complète. Il n'y eut pas un seul vomissement après l'opération. Le 18 août,

la malade était guérie et elle quitta l'hôpital dans un état sensiblement amélioré, l'appétit était revenu.

En octobre 1889, nous apprîmes de la bouche du mari que la femme se portait remarquablement bien, qu'elle dirigeait de nouveau son intérieur et qu'elle avait recouvré les forces qu'elle possédait avant sa maladie. Plus tard, en mars 1890, j'appris que la malade se sentait parfaitement bien sous tous les rapports. Mais les vomissements revinrent de temps en temps et en s'aggravant ; elle dut s'aliter au commencement d'octobre et vomissait tout ce qu'elle prenait dans les deux derniers mois. Elle mourut fortement émaciée le 30 novembre 1890.

Le Dr Noller, médecin traitant, qui sur ma demande voulut bien faire l'autopsie le 1^{er} décembre, me donna les renseignements suivants : Nodule carcinomateux de la peau dans les environs de l'ombilic, adhérences en forme de corde dans la région pylorique avec la paroi abdominale antérieure, adhérences qui furent sectionnées avec le ligament suspenseur. Peu d'ascite. Après écartement des lèvres de la plaie abdominale, on rencontre un estomac énorme atteignant la symphyse pubienne. Le lobe gauche du foie dépassant le rebord costal droit, recouvrait l'estomac dans la région épigastrique. Au-dessous du foie on trouvait l'extrémité de la vésicule biliaire, et en dessous d'elle une légère portion de gros intestin répondant à l'union de la portion ascendante et du côlon transverse. Une anse d'intestin grêle, dont les portions sont parallèles et situées très près l'une de l'autre, s'étend à droite, venant d'en bas et se dirigeant dans la région pylorique, elle contourne la paroi postérieure de l'estomac pour se diriger en avant. L'anse anastomosée s'insère à la partie antérieure de l'estomac non loin de la partie pylorique, et notamment en dedans à la partie cancéreuse dégénérée. Elle est également fortement adhérente à la paroi postérieure de l'estomac ainsi qu'avec le côlon transverse, derrière lequel elle passe en se dirigeant de nouveau vers en haut et vers la colonne vertébrale. C'est là que se séparent les deux portions de

l'anse : l'une se confond immédiatement avec le duodénum, l'autre va rejoindre vers en bas les autres anses intestinales déplacées.

Le côlon transverse est situé derrière la paroi postérieure de l'estomac, à peu près à la hauteur de l'ombilic ; il est fortement adhérent au pancréas qui passe au-dessus de lui, ainsi qu'avec la portion pylorique de l'estomac. Le côlon ascendant, ainsi que le côlon descendant, se trouvent complètement déplacés en arrière et sur les côtés. L'intestin grêle tout entier, sauf l'anse qui a été suturée à l'estomac, est situé complètement dans le petit bassin. Tous les intestins sont vides et fortement entassés. L'estomac contient une grande quantité de liquide brun ; le carcinome avait envahi le point d'insertion de l'anse intestinale, au-delà de deux travers de doigt, et formait à cet endroit un épaississement dur et large. Le passage qui conduit de l'estomac aux deux portions de l'intestin, est nettement séparé ; il s'est formé en cet endroit vraisemblablement un éperon. L'ouverture de la portion ascendante admet facilement l'index, la portion descendante ne permet que l'introduction du petit doigt et encore avec peine ; l'orifice du pylore n'existe pas. Toute la région du pylore, en même temps que la tête du pancréas, et le commencement du duodénum, qui est fermé par en haut, est envahie par le cancer qui a la grosseur d'un petit poing et qui est très dur au toucher et à la section.

Observation LIV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POUR RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX. — SUCCÈS.

LAUENSTEIN, *Festschrift* à L. Meyer, 1892.

Femme âgée de 29 ans, mère de deux enfants : 5 ans et 3 ans ; dans ces trois dernières années, fortement débilitée par ses douleurs d'estomac. De 146 livres, elle ne pesait plus que 92 livres. Inappétence très marquée, point de vomissements, point de régurgitations ; constipation. La malade ne s'était pas encore alitée.

A son entrée à l'hôpital de Bethesda, le 4 octobre 1889, elle présente les symptômes suivants : rien du côté de l'appareil respi-

ratoire, léger souffle systolique à la pointe du cœur ; le foie normal et la rate normale. Point d'albumine ni de sucre dans les urines ; amaigrissement profond. A l'examen du ventre, on perçoit facilement un clapotement dans la région stomacale. La grande courbure atteint presque la symphyse ; la petite courbure est située à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic. Les deux courbures sont facilement perceptibles à travers les parois de l'abdomen ; l'estomac est animé de mouvements peristaltiques après la palpation. Entre l'ombilic et le rebord droit des côtes, on sent une tumeur ayant la grosseur d'une cerise, elle est libre de toute adhérence à la peau, mais elle fait néanmoins corps avec la paroi abdominale. Cette tumeur est douloureuse au toucher. L'estomac contient deux livres et demie de liquide, mais les lavages suffisent pour laisser écouler un liquide clair, l'eau qui provient des lavages est mêlée de bile et de sang ; on ne peut déceler l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Je posai le diagnostic de rétrécissement partiel du pylore et je rapportai la tumeur de la paroi abdominale à l'affection du pylore.

Opération le 9 octobre 1889, le matin à 10 h. 1/4. — Incision sur la ligne médiane depuis le milieu de la région située entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic jusqu'à un doigt au-dessous de lui. Après l'ouverture de l'abdomen on aperçoit l'estomac dont la grande courbure atteignait l'ombilic. Sur les parois de l'abdomen la tumeur ne faisait pas corps avec l'estomac, mais était plutôt située, comme on pouvait le sentir, dans le muscle droit de l'abdomen, et ne s'étendait pas sur la séreuse abdominale. Je résolus donc d'inciser la tumeur, et pour cela je fis une incision transversale partant de l'extrémité de l'incision longitudinale, et se dirigeant vers la droite, et j'incisai la tumeur en même temps qu'une portion du muscle. Après avoir assuré l'hémostase dans la paroi abdominale, j'examinai les parties que j'avais sous les yeux. La vésicule biliaire était assez remplie, et présentait une coloration blanche à son extrémité qui dénotait une tumeur dure et de la grosseur d'une petite cerise ; je ne touchai point d'abord à cette tumeur.

On s'aperçut ensuite que la portion pylorique de l'estomac ne se laissait pas attirer en avant. En poussant l'examen plus loin, pendant que l'on maintenait le foie élevé vers en haut, on vit que le pylore était le siège d'un rétrécissement en forme d'anneau et que sa partie initiale était fortement élargie et était dirigée à droite. Cette portion, en raison de sa paroi mince, gris rosé, pouvait facilement se distinguer de la paroi stomacale blanchâtre et plus épaisse. En laissant glisser l'index le long du duodénum, on fut conduit facilement dans la profondeur, dans la région du pancréas, où cette anse avait été solidement fixée à la paroi postérieure de l'abdomen. On sentait également une masse dure dans le duodénum.

Comme, après cette découverte, il s'agissait selon toute probabilité d'un ulcère ayant déterminé un rétrécissement avec dilatation du pylore et du duodénum avec adhérence et épaissement, je résolus de faire la gastro-entérostomie, tout autre intervention ne paraissant devoir fournir un succès.

Le diagnostic d'un ulcère du duodénum, eût-il été exact, il était à craindre, en raison de la dilatation de l'estomac qui existait déjà, que la sténose deviendrait dans la suite plus accentuée. J'écartai ensuite vers en haut le grand épiploon difficile à saisir, mince et privé de graisse, je saisis ensuite très près et en dessous du côlon transverse une anse intestinale rouge plissée et appartenant manifestement au jéjunum, je la poursuivis dans une direction donnée en la laissant glisser entre mes doigts. L'anse intestinale devint de plus en plus large, et du plus loin que je la suivis elle conservait sa couleur rosée. En quelques instants, j'avais atteint l'insertion du duodénum. Je revins un peu sur mes pas environ de un travers de doigt et demi de telle sorte que le jéjunum pouvait être facilement appliqué à l'estomac. J'interceptai, au moyen de deux tubes de caoutchouc passés au travers d'une portion avasculaire du mésentère, et après l'avoir isolée avec mes doigts, une anse ayant un doigt de longueur, je commençai ensuite à réunir (au moyen d'une suture continue de 5 à 6 centimètres et faite au catgut et comprimant

la séro-musculaire intacte) la paroi antérieure de l'estomac au côté opposé à l'insertion du mésentère, environ à un travers de doigt et demi au-dessus de la grande courbure et à trois travers de doigt de l'anneau pylorique dilaté. L'intestin fut suturé de telle façon que les mouvements puistaltiques de la portion descendante de l'intestin et de ceux de l'estomac fussent dirigés dans le même sens. Ensuite on incisa la séro-musculaire de l'intestin et de l'estomac suivant leur longueur, et tout près de la suture continue, et on plaça une suture circulaire séro-musculaire. Ensuite, après avoir incisé la muqueuse, on fit d'abord une suture muqueuse continue en arrière, puis on fit trois sutures semblables en avant en suivant une direction inverse. L'estomac ouvert laissa couler une grande quantité de matières spumeuses. La ligne de suture fut saupoudrée avec de l'iodoforme. — 14 points de suture pour l'abdomen.

Durée des différents temps de l'opération :

- 10 h. 35, Chloroformisation ;
- 10 h. 43, Première incision ;
- 10 h. 50, Ouverture de la cavité abdominale ;
- 10 h. 57, Extirpation du fibrôme de la paroi ;
- Id. Première suture (suture séro-musculaire) ;
- 11 h. 11, Suture circulaire de la séro-musculaire ;
- 11 h. 14, Ouverture de l'estomac ;
- 11 h. 17, Incision de l'intestin ;
- 11 h. 18, Suture muqueuse postérieure ;
- 11 h. 21, Suture muqueuse antérieure ;
- 11 h. 26, Suture circulaire de la musculo-séreuse en avant ;
- 11 h. 28, Suture séreuse en avant ;
- 11 h. 33, Suture de l'abdomen ;
- 11 h. 43, On termine la suture de l'abdomen.

Le malade était très faible après l'opération, le pouls était petit. A son réveil, douleurs intolérables, on lui donna 0,01 de morphine en injection sous-cutanée. On fit de nombreuses injections de camphre.

Point de vomissements, la guérison survint sans fièvre et sans incident. La plaie abdominale fut guérie par première intention. Après avoir été nourrie au moyen de lavements alimentaires pendant deux jours, la malade put prendre des aliments liquides, d'abord en petite quantité puis en quantité plus grande. L'état général devint meilleur de jour en jour, et la malade put se lever tous les jours ; à la fin d'octobre, elle portait un pansement de corps. Elle quitta l'hôpital au commencement de novembre. Elle avait gagné 5 livres dans les deux dernières semaines. La malade revint complètement à la santé et elle jouit sous tous les rapports d'un bien-être que rien n'est venu troubler depuis un an. Les digestions sont particulièrement bonnes, elle supporte tous les aliments, bien qu'elle soit dans une situation qui ne lui permet pas de se traiter convenablement, elle ne prend qu'une nourriture primitive et simple. Elle va à la selle tous les jours. L'examen pathologique de la tumeur de l'abdomen démontra qu'il s'agissait d'un fibrôme.

Observation LV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT

QUATRE MOIS APRÈS. — CACHEXIE

LAUENSTEIN, *Festschrift* à L. Meyer, 1892.

Femme qui souffrait de l'estomac depuis 17 ans et qui avait subi une castration double pour hystérie 9 ans auparavant. Depuis 6 mois, elle vomissait tout et souffrait d'une constipation opiniâtre.

Etat actuel. — La malade était très amaigrie, mais ne s'est jamais alitée. Les organes respiratoires sont sains. Les parois abdominales sont minces, l'abdomen est rétracté, on peut facilement délimiter les contours de l'estomac. La grande courbure arrive jusqu'à un travers de doigt de la symphyse, la petite courbure se trouve au niveau de l'ombilic lorsque l'estomac est rempli. On provoque facilement le clapotement stomacal. Après la palpation de l'estomac, on observe bientôt des mouvements puistaltiques au travers de l'abdomen. Au-dessous du rebord costal droit on sent une masse dure qui, lorsque l'estomac

est vide, vient se placer au niveau de l'ombilic. Cette masse dure répond à une tumeur allongée de la grosseur d'un œuf de poule : son axe longitudinal s'étend de gauche à droite et de haut en bas ; la tumeur est mobile. Les vomissements surviennent après l'ingestion de un litre de liquide introduit dans le but de laver l'estomac. Il faut une demi-heure jusqu'à ce que le contenu stomacal sorte clair par les lavages. L'examen du suc gastrique au point de vue de l'acide chlorhydrique donne des résultats négatifs.

Opération le 7 mai 1890. — Anesthésie chloroformique. Incision de la peau sur la ligne médiane depuis le milieu de l'espace qui sépare l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic et dépassant ce dernier de deux travers de doigt. Le grand épiploon est adhérent aux parois de l'abdomen dans la région de l'ombilic. On aperçoit immédiatement l'estomac ; le pylore est le siège d'une tumeur ayant le volume d'un œuf de poule qui a envahi autant la grande courbure que la petite courbure. Dans la région de la tumeur pylorique, la séreuse blanchâtre est épaissie par place à sa paroi antérieure et recouverte de taches semblables à celle que l'on trouve sur le péricarde. Point de noyaux disséminés. Dans le ligament gastro-colique on trouve une quantité de ganglions hypertrophiés et mous, variant de la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une petite cerise. Par suite de cet état de choses, on renonce à la résection et sans plus tarder on procède à la gastro-entérostomie. Je saisis sous le côlon transverse une anse intestinale, je la suivis entre mes doigts vers en bas et lorsque je m'aperçus que j'arrivais dans le petit bassin, je changeai de direction et j'allai vers en haut jusqu'à ce qu'en un instant j'eus atteint le pli jéjuno-duodénal. Je redescendis ensuite le jéjunum de 20 à 25 centimètres, j'interceptai alors en cet endroit une anse intestinale et je la fixai provisoirement au moyen de deux tubes de caoutchouc passés à travers un endroit avasculaire du mésentère. Les extrémités de ces tubes furent fixées au moyen d'une pince à forci-pression. Après qu'on eut placé entre l'estomac et l'intestin une languette de gaze iodoformée, on procède

à la création de la fistule et à sa suture ; celle-ci avait 4 1/2 à 5 centimètres de surface et s'étendait sur une largeur de plusieurs travers de doigt à gauche du pylore et à un travers de doigt au-dessus de la grande courbure, tout comme cela avait été fait dans le cas précédent.

Chaque acte de l'opération eut lieu au temps suivant :

10 h. 14, Ouverture de l'abdomen ;

10 h. 15, Incision de la musculo-séreuse de l'intestin et suture circulaire de la musculo-séreuse ;

10 h. 21, Ouverture des lumières de l'estomac et de l'intestin ;

10 h. 23, Suture muqueuse en arrière ;

10 h. 26, Suture muqueuse en avant ;

10 h. 30, Suture circulaire séro-musculaire en avant ;

10 h. 34, Suture séro-séreuse en avant ;

10 h. 40, Suture abdominale ;

10 h. 46, Fermeture de l'abdomen.

Au réveil, pouls 100, bien frappé. Apyrexie dans la suite.

Le premier jour de l'opération, il y eut des vomissements bilieux abondants qui s'apaisèrent dans la suite.

Malgré les douleurs qu'elle éprouva dans le dos, et malgré le catéthérisme qu'elle dut subir régulièrement les premiers temps qui suivirent l'opération, la malade fut bien vite rétablie. Le 12 mai déjà, la malade écrivait des lettres pleines de verve et d'esprit.

Le 21 mai, les vomissements bilieux réapparurent ; ils étaient composés de matières alimentaires brunes brassées. Malgré cela, la malade demanda sa sortie le 9 juin. Elle revint le 28 juillet dans un état d'affaiblissement considérable.

Bien qu'elle ne prît que des aliments liquides et qu'on lui fit régulièrement des lavages de l'estomac, elle vomissait aussitôt qu'on omettait de faire le lavage ; l'on pensa dès lors que l'écoulement des matières contenues dans l'estomac se faisait difficilement. L'examen du suc stomacal fait le 30 juillet révéla une grande quantité de bile, mais point de traces d'acide chlorhydrique quoiqu'il ait eu une odeur

acide. Les sédiments étaient composés de levures et de champignons. Les sarcines manquaient. — Les réactions étaient celles de l'acide lactique. Les douleurs vives dans la région de l'estomac et dans celle du dos persistèrent nuit et jour. Les lavages de l'estomac faits au moyen de l'acide salicylique firent bientôt disparaître les champignons.

Le 10 août, vomissements malgré un lavage journalier ; grande quantité d'indican dans les urines. Il a fallu pratiquer à partir de ce jour deux lavages d'estomac.

Le 18 août, on découvre au-dessus de l'ombilic autour de la cicatrice abdominale plusieurs masses dures.

Le 27 août, la malade dut s'aliter complètement. En fin de compte malgré les lavages, les vomissements ne discontinuèrent pas de telle sorte que la malade ne put plus supporter les lavages.

Le 5 septembre, mort après une agonie de huit jours pendant laquelle elle avait vomi tout ce qu'elle prenait. Dans ces derniers temps elle prenait tous les jours une à deux injections de morphine.

Autopsie. — Le carcinome du pylore adhère à la paroi abdominale au niveau de l'ombilic. Le lobe gauche du foie est situé dans l'épigastre ; au-dessus de lui se trouve la région pylorique de l'estomac, à la partie antérieure de laquelle on peut voir une portion de séreuse étoilée blanche et aussi grande qu'une pièce de 5 marks. L'anse du jéjunum s'anastomose à la paroi antérieure de l'estomac à gauche de la ligne médiane. Le lieu de l'anastomose se trouve immédiatement auprès du carcinome qui atteint de très près la portion descendante. Les deux portions du jéjunum s'étendent directement vers en bas. Le bout supérieur est deux fois plus large que le bout inférieur. La séreuse qui recouvre les deux anses intestinales ainsi que toute la surface péritonéale qui recouvre les intestins et la paroi abdominale sont parsemées de noyaux cancéreux blancs étendus en surface à la manière de bactéries dans un milieu de culture. Le côlon transverse n'est point comprimé, mais à droite des anses du jéjunum il est plusieurs fois

adhérent à lui-même et forme des plis. Après avoir sorti l'estomac on vit que le bout supérieur communiquait avec cet organe par une ouverture ayant deux travers de doigt ; au contraire, le bout inférieur dont l'entrée était séparée de celle du bout supérieur par un éperon, permettait à peine l'introduction du petit doigt.

On pouvait voir un nodule cancéreux très près de la fistule à droite et en avant, nodule ayant la taille d'une cerise. Le pylore cancéreux ne pouvait être franchi qu'à grand-peine par le petit doigt.

Observation LVI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT TROIS SEMAINES APRÈS. — SHOCK

LAUENSTEIN, *Festschrift à L. Meyer*, 1892.

La veuve P..., âgée de 48 ans, entre à l'hôpital de Bethesda, le 25 juin 1890. Souffre de l'estomac depuis un an, de perte d'appétit et de douleurs qui allaient tous les jours en augmentant. En outre, grande faiblesse et amaigrissement qui firent tomber le poids de son corps de 165 livres il y a 5 semaines à 121. Depuis plusieurs mois, constipation opiniâtre. Depuis 6 semaines, vomissements alimentaires qui survenaient le plus souvent après les repas et s'accompagnaient de sensation de brûlure dans l'estomac. Point d'hématémèse ni de mélæna. On n'avait pas encore perçu de tumeur jusqu'à ce jour.

Femme grande et maigre pesant 47 kilogr. 25. La langue est grisâtre, un peu chargée, mais elle est humide. Les dents sont mauvaises. Les ganglions inguinaux sont hypertrophiés.

T. 36.7, pouls 74 irrégulier. Resp. 72. Poumons normaux, bruits du cœur éloignés, au lieu du léger souffle doux systolique que l'on entend au niveau de tous les orifices. L'épigastre est affaissé, mais le ventre est proéminent au-dessous de l'ombilic. Lorsqu'on applique les mains par secousses sur cette proéminence, on perçoit un clapotement stomacal. La grande courbure arrive presque à deux travers de

doigt de la symphyse pubienne. La petite courbure est située au-dessus de l'ombilic.

L'estomac est très distendu. A droite de l'ombilic, entre lui et le rebord costal droit, on trouve une tumeur située transversalement, dure, bosselée et ayant la grosseur d'un œuf de poule. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Le lobe gauche du foie pénètre dans l'épigastre jusqu'à trois travers de doigt. Dans les flancs, dans la région qui répond au côlon, le son est affaibli. L'estomac peut contenir quatre litres d'eau et son contenu ne devient clair qu'après y avoir fait passer 20 litres. Le suc gastrique a une réaction acide, il a une odeur d'acide butyrique et au microscope on y découvre des sarcines et des champignons.

27 Juin.— Après qu'on a vidé l'estomac, on découvre une tumeur située un peu au-dessus de l'ombilic et à droite de la ligne médiane. Sur la ligne médiane, entre l'ombilic et la symphyse, on découvre un épaississement dur, en forme de corde. A l'insufflation de l'estomac, la grande courbure s'élève jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et la tumeur échappe complètement au toucher et il semble par là que la paroi antérieure de l'estomac s'élève, et que l'estomac insufflé bascule autour de son axe transversal et se dirige en arrière et en haut. On insuffla de l'air dans l'intestin à travers le rectum, à la suite de quoi le côlon transverse devenait facilement perceptible, on pouvait sentir une deuxième tumeur bosselée et presque aussi grosse que la tumeur du pylore et située transversalement au-dessous de l'ombilic.

Diagnostic : Carcinome du pylore avancé avec extension de la tumeur dans l'abdomen.

Le 28 juin 1890, opération. — Incision de l'abdomen sur la ligne médiane, depuis le milieu de la région située entre l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic et jusqu'à une demi-longueur de doigt au-dessous de lui. Après l'ouverture de l'abdomen, on constata outre la tumeur siégeant au pylore et se laissant à peine attirer dans la plaie

abdominale, une autre tumeur formée aux dépens d'une partie du péritoine, dure, cancéreuse, rétractée et siégeant au bord supérieur du côlon transverse.

Cette tumeur était dure, à surface bosselée et avait une couleur rouge-jaunâtre. Dans ces circonstances, je dus abandonner le procédé d'une opération radicale, je me décidai à pratiquer la gastro-entérotomie, et suivant la technique antérieure, après avoir cherché le pli jéjuno-duodénal, j'établis la fistule gastro-duodénale à la paroi antérieure de l'estomac, à quatre travers de doigt à gauche de la tumeur du pylore, et à un travers de doigt et demi au-dessus de la grande courbure et sur une longueur d'environ 0^m 05.

Les différents temps de l'opération furent exécutés aux moments suivants :

- 10 h. 25, Ouverture de l'abdomen ;
- 10 h. 29, Terminaison de la suture séro-séreuse en arrière ;
- 10 h. 32, Suture séro-musculaire circulaire en arrière ;
- 10 h. 34, Ouverture de l'estomac et de l'intestin ;
- 10 h. 39, Suture muqueuse en arrière ;
- 10 h. 43, Suture muqueuse en avant ;
- 10 h. 47, Suture séro-musculaire en avant ;

10 h. 51, On termine la suture séreuse en avant. La plaie abdominale est suturée au moyen de 12 fils de soie.

Après l'opération, on donne une injection de camphre. — Température normale le soir ; dans la suite, la malade se plaint de quelques douleurs dans la région de l'abdomen, lavements alimentaires au vin de Porto. La nuit suivante, deux vomissements légèrement bilieux.

29 juin. — Pouls un peu plus fréquent qu'avant l'opération.

30 juin. — Outre les lavements alimentaires au vin, on donna encore à la malade du lait et du vin. Point de vomissements. La malade prend des aliments liquides d'abord par cuillerées à thé et ensuite par cuille-

rées à soupe. Le 8 juillet, elle prit des aliments solides et se trouva parfaitement bien.

12 juillet. — Au soir, 38°2.

13 juillet. — Le maxillaire inférieur du côté droit est le siège d'un abcès qui fut vidé. Dans la suite, apyrexie jusqu'à la guérison complète. La plaie abdominale fut guérie par première intention. Dans la nuit du 18 au 19 juillet, il y eut un orage terrible. La malade, comme nous l'avons appris par la sœur garde-malade, fut très inquiète, elle fut prise d'une frayeur subite, si bien qu'elle voulut se sauver. Une demi-heure après le médecin assistant la trouva sans connaissance. — Pouls imperceptible, extrémités froides, la figure était couverte de sueur. La respiration fait défaut de temps en temps.

Malgré l'emploi d'analeptiques en injection sous-cutanée, la malade mourut rapidement.

L'autopsie montra que la musculature du cœur était flasque, mais rien du côté des valvules. Point de péritonite. Nodules cancéreuses dans le péritoine.

Le pylore passe au-dessus du côlon. L'utérus et les ovaires sont transformés en une masse dure. L'estomac est fortement dilaté. La fistule avait la taille d'une pièce de 1 mark et était parfaitement guérie. Le petit doigt seul pouvait franchir le pylore. Point d'autres métastases dans les autres organes. Point de désordres spéciaux du côté du crâne.

Observation LVII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT DEUX MOIS ET DEMI APRÈS. — ÉTRANGLEMENT.

LAUENSTEIN, *Festschrift* à *L. Meyer*, 1892.

Le cordonnier K..., âgé de 54 ans, entre à l'hôpital le 2 septembre 1890. Les premiers symptômes de sa maladie apparurent au mois d'août de l'année précédente. — Régurgitations acides, langue chargée,

douleurs d'estomac qui survenaient quelques heures après l'ingestion des aliments ; selles retardées ; poids du corps à ce moment : 130 livres. En hiver, augmentation des douleurs et amaigrissement, il ne pèse plus que 122 livres. — Vomissements deux heures après les repas ; point d'hématémèse ni de mélaena. La diète liquide et les lavages de l'estomac produisirent une amélioration passagère et une augmentation du poids du corps jusqu'à 128 livres.

Depuis le mois de juin, les symptômes du côté de l'estomac vont en s'aggravant, douleurs stomacales violentes, constipation, amaigrissement profond. Depuis un mois il y eut aggravation de tous les symptômes.

Etat actuel. — Pâleur extrême et amaigrissement ; langue chargée, point d'œdème. Le malade ne s'est pas encore alité. Thorax sain, foie et rate normaux ; point d'albumine dans les urines. Dilatation de l'estomac, il contient deux litres et demi de liquide. Point de tumeur perceptible ; sensibilité à la pression profonde dans une partie du ventre, située à deux travers de doigt de l'ombilic à droite et en bas ; lorsque l'estomac est vide, la petite courbure est située un peu au-dessus de l'ombilic et la grande courbure est située à trois travers de doigt au-dessous de lui.

Après insufflation, la petite courbure se trouve au niveau de l'ombilic et la grande courbure descend plus bas de deux travers de doigt. Le contenu stomacal ne devient clair qu'après y avoir fait passer 18 litres. Le suc gastrique est très acide, il a une odeur d'acide butyrique et ne contient ni acide chlorhydrique, ni acide lactique. L'examen microscopique révèle des matières alimentaires non digérées, des gouttelettes de graisse, des champignons et de nombreux micro-organismes en forme de bâtonnets, point de sarcines.

Diagnostic : carcinome du pylore.

Le malade résolu à accepter l'intervention, est opéré le 5 septembre au matin.

Anesthésie au chloroforme ; incision sur la ligne médiane, depuis

le milieu de l'espace qui sépare l'appendice xiphoïde de l'ombilic, et jusqu'à un travers de doigt au-dessous de lui. La plaie abdominale saigne beaucoup, on est obligé de faire cinq à six ligatures. Après ouverture de la cavité abdominale, on aperçoit l'estomac, dont la grande courbure siège au niveau de l'ombilic. Le pylore ne se laisse point attirer en avant ; bien plus, après avoir agrandi l'incision, on remarque qu'il est le siège d'une tumeur presque aussi grosse qu'une noix, tumeur située à la place du pylore et qui adhère à la paroi abdominale, ainsi qu'à la tête du pancréas.

En avant et à droite, le pylore est couvert par l'extrémité grisâtre de la vésicule biliaire fortement adhérente à lui. La vésicule est flasque. On ne sent point de ganglions dans la région du pylore, mais on trouve auprès du côlon transverse, qui répond à la région pylorique, plusieurs noyaux cancéreux sous-séreux ayant des dimensions variant entre celle d'une lentille et d'un haricot. En raison des adhérences avec la vésicule biliaire, une opération radicale eût été dangereuse, et en raison des noyaux cancéreux disséminés sur le côlon transverse, elle eût été impossible ; je me décidai à pratiquer la gastro-entérostomie. Après avoir relevé le grand épiploon vers en haut, on prend une anse intestinale située au-dessous du côlon transverse, on le poursuit avec le doigt dans une direction déterminée. L'intestin paraît vide et relativement bosselé. La couleur était pâle, gris rosé. En quelques secondes, j'atteignis l'insertion du jéjunum à la paroi postérieure de l'abdomen, en suivant cette première direction. Suivant ensuite la technique employée et décrite précédemment, je suturai, à la paroi antérieure de l'estomac, l'anse intestinale, située à trois travers de doigt au-dessous du pli duodéno-jéjunal ; je la suturai de telle façon que la portion gauche formait le bout supérieur, et que la portion droite formait le bout inférieur et j'établis ensuite une fistule ayant 5 centimètres environ, située à quatre travers de doigt du carcinome et à un travers de doigt au-dessus de la grande courbure. On applique sur la ligne de suture de la gaze iodoformée ; on ferme la cavité abdominale avec huit points de suture.

Les différents temps de l'opération furent exécutés aux instants suivants :

- 10 h. 15, Commencement de la chloroformisation ;
- 10 h. 24, Incision de l'abdomen ;
- 10 h. 31, Ouverture de la cavité péritonéale ;
- 10 h. 35, Suture séreuse ;
- 10 h. 39, Suture séro-musculaire circulaire ;
- 10 h. 44, Suture muqueuse en arrière ;
- 10 h. 47 à 10 h. 51, Suture muqueuse en avant ;
- 10 h. 51 à 10 h. 54, Suture circulaire séro-musculaire en avant ;
- 10 h. 54 à 10 h. 59, Suture séreuse en avant ;
- 11 h., Commencement de la suture abdominale ;
- 11 h. 8, Fermeture de la cavité abdominale.

Après l'opération, pouls 88. Point de vomissements, quelques nausées ; douleurs violentes dans l'abdomen. On donne 0.05 de morphine en suppositoire et à deux reprises. Le jour de l'opération : 3 lavements alimentaires au vin de Porto ; le soir, t. 37°6. Les jours suivants, les douleurs furent moins violentes ; point de vomissements, soif inextinguible. On nettoie la bouche au moyen d'eau froide, on l'humecte avec un linge imbibé et l'on donne des lavements de lait.

La nuit du 6 au 7 septembre survinrent par deux fois des vomissements de matières brunes sales, composées de matières fécaloïdes et qui n'étaient point colorées par de la bile. Depuis ce temps, il n'y eut plus de vomissements et l'état général devint meilleur de jour en jour. A partir du 8 septembre, on donne toutes les demi-heure et en alternant du bouillon, du lait et du vin.

11 septembre. — Le ventre est ballonné et tympanique. Il survint une selle abondante qui soulagea beaucoup le malade.

23 septembre. — L'état général est excellent. L'appétit est bon et le malade supporte les aliments solides ainsi que les aliments liquides. Il devait se lever aujourd'hui, mais ne put le faire à cause d'un

oedème survenu dans la jambe droite et la partie inférieure de la cuisse et une certaine douleur à l'origine de la saphène (phlébite).

18 octobre. — Le malade a gagné 5 livres. La digestion stomacale se fait régulièrement. Le malade quitte l'hôpital, il porte un pansement de corps.

Le malade s'est bien porté après avoir quitté l'hôpital, mais cet état ne dura que peu de temps. Les vomissements survinrent à la fin d'octobre ; il fallut pratiquer des lavages d'estomac.

(La suite de ces notes est due au médecin traitant le Dr Jentz qui a suivi le malade jusqu'à sa mort et qui a bien voulu faire l'autopsie) :

29 octobre. — Inappétence, douleurs abdominales, sensation de brûlure dans la région thoracique droite, et point dans le dos. Dans les derniers jours, vomissements abondants et acides remplissant un vase de nuit. Insomnie, le malade se lève de temps en temps. Point de fièvre, pouls 80 bien frappé. L'abdomen était tendu autour de l'ombilic. Au-dessous des téguments de l'abdomen on sent une masse dure qui n'est point mobile et qui était sensible à la pression sous le rebord costal droit.

31 octobre. — Les douleurs sont moins fortes, point de sommeil. Mêmes vomissements. Le malade se plaint de constipation.

4 novembre. — Le malade ne se lève plus. Point de selle. Ord. : *Huile de ricin.* Les vomissements deviennent plus intenses. Les matières vomies sont semblables à celles vomies précédemment. Le malade se plaint de ne pouvoir digérer les aliments solides, il ne peut prendre que des aliments liquides.

7 novembre. — Le malade ne se lève plus, l'appétit fait défaut, les douleurs augmentent, les vomissements sont continus. Pouls 80, bien frappé. Le 4 novembre le malade a une selle après avoir pris de l'huile de ricin. L'abdomen est moins rempli et moins tendu.

8 novembre. — Vomissements abondants de matières semblables à celles vomies précédemment. Abattement et douleurs violentes. Pendant la journée on fait un lavage d'estomac qui ramène une grande quantité de matières brunes et acides ; évacuation de gaz. On donne 0 gr. 02 de morphine en injection sous-cutanée.

10 novembre. — Le malade se trouve mieux depuis avant-hier. Il prend tous les jours deux litres de lait. Les douleurs sont moins violentes dans le dos, mais persistent toujours dans l'abdomen.

12 novembre. — Lavage d'estomac et injection sous-cutanée de morphine. Selle après avoir pris de l'huile de ricin.

14 novembre. — Lavage d'estomac, le malade se trouve mieux.

15 novembre. — Le malade se trouve très faible, il a vomi des matières abondantes et brunes, ayant une odeur fécaloïde. On ajourne le lavage à cause de la faiblesse du malade. Le malade ne prend que de l'eau et se plaint d'avoir une mauvaise bouche et l'haleine fétide.

17 novembre. — La faiblesse du malade augmente. Tous les jours vomissements fécaloïdes. Le matin et le soir on donne une injection de morphine de 0,02. On donne par jour trois lavements alimentaires et trois lavements évacuants.

20 novembre. — Vomissements fécaloïdes ; on ne fait point de lavage d'estomac. Pouls 80, bien frappé ; hier, à la suite d'un lavement alimentaire, le malade évacue une grande quantité de matières à odeur infecte d'après les renseignements donnés par la femme du malade. On donne une injection de morphine.

22 novembre. — Le malade refuse les lavements alimentaires ; vomissements fécaloïdes persistants.

23 novembre. — Incontinence des matières.

24 novembre. — Plusieurs vomissements par jour. Cependant les matières vomies n'ont plus d'odeur fécaloïde, mais elles sentent plutôt « les bonbons pectoraux ».

26 novembre. — Mort à 5 heures du matin.

27 novembre. — Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, on voit que les intestins sont fortement adhérents à la paroi de l'abdomen au-dessus de l'ombilic. On enlève ces adhérences avec précaution et on voit que les intestins sont attirés en avant par une néoplasie carcinomateuse grise verdâtre et presque ulcérée qui ne se dirige pas vers la profondeur, mais qui s'étend sur la paroi antérieure de l'estomac. On découvre sur la séreuse des anses intestinales quelques néoformations colorées en gris verdâtre et aussi grosses qu'une lentille (métastases). On les trouve en grande abondance dans le grand épiploon qui s'étend sur le côlon transverse situé au-dessous de l'ombilic et sur les anses du gros intestin situées au-dessous et qui atteignent des dimensions variant de celle d'un haricot à celle d'une pièce de 10 pfenning. Les métastases situées au centre ne sont pas adhérentes à la séreuse de l'intestin et s'en laissent facilement détacher, et sont complètement accolées à elle. A la place de la fistule gastro-intestinale, on voit à la partie inférieure de la circonférence du jéjunum un pli qui est tourné vers la fistule, comme si la partie intérieure de l'intestin avait formé un éperon. Le bout inférieur se dirige d'abord à droite et atteint l'hypochondre droit, à cet endroit il est un peu aplati et un peu plié. Ensuite il se dirige à gauche pour se porter transversalement sous l'hypochondre gauche. Au-dessous du bout inférieur se trouve le côlon transverse recouvert par l'épiploon, et au-dessous se trouvent les anses de l'intestin grêle.

La tumeur du pylore est fortement adhérente à la face inférieure de la vésicule biliaire, et lorsqu'on essaie de rompre ces adhérences, la vésicule se déchire et elle est fortement ulcérée à cet endroit. Il n'y a pas eu, dans ce cas, propagation du cancer du pylore à la fistule gastro-intestinale. Il faut regarder comme métastatique la tumeur adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen, et les tumeurs semblables à celles qui se trouvaient dans le grand épiploon.

Le doigt pénètre facilement dans le bout supérieur et dans le bout

inférieur. On ne trouve point d'éperon notable à l'union du bout supérieur et du bout inférieur.

Observation LVIII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX DU PYLORE. —
SUCCÈS

LAUENSTEIN, *Festschrift* à L. Meyer, 1892.

Homme de 37 ans, père de cinq enfants, entré à l'hôpital de Bethesda le 24 septembre 1890. Souffre de l'estomac depuis 19 ans. L'affection aurait débuté en 1871 par des douleurs dans la région de l'estomac, des vomissements survenant chaque semaine et de la constipation ; il a toujours suivi un traitement médical.

Depuis 6 ans il y a eu quelque rémission de toutes ses douleurs. Il y a trois ans environ, il eut de la diarrhée pendant un an, gargouillements et gaz dans l'intestin. Il y a deux ans, il fut longtemps en traitement à l'hôpital. Depuis ce temps, il se lavait l'estomac lui-même, mais il n'y eut point d'amélioration. Depuis la Pentecôte, il a perdu en poids 26 livres. Les douleurs augmentaient particulièrement en été. Le malade vomissait tout ce qu'il prenait, il urinait peu. Il dit avoir souffert tantôt de constipation, tantôt de diarrhée. Jusqu'à présent le malade ne s'est pas encore alité.

Etat actuel. — C'est un homme amaigri, frêles bien portants et point anémiques. Poids du corps, 98 livres ; point d'œdème. La langue un peu chargée en arrière. Les organes thoraciques sont sains. Le ventre n'est pas augmenté de volume. Les parois abdominales sont minces et au travers d'elles on aperçoit facilement les mouvements péristaltiques de l'estomac dont on peut saisir facilement les limites. Le clapotement stomacal est facile à produire. La grande courbure atteint 6 cent. au-dessous de l'ombilic et est située à 6 cent. vers la droite, et à 11 cent. vers la gauche à la hauteur de l'ombilic. Par l'insufflation, la grande courbure descend à trois centimètres plus bas. L'estomac contient 4 litres de liquide, et le liquide ne sort clair qu'après un

lavage avec 15 litres. On ne perçoit point de tumeur, cependant il existe une douleur à la pression siégeant à 6 cent. à droite de l'ombilic. La réaction du contenu stomacal est acide, à odeur butyrique; point de réaction d'acide lactique. La réaction de l'acide chlorhydrique au moyen de la phloroglucine vanilline et de la tropéoline est très nette, elle est encore appréciable lorsqu'on a dilué le liquide au 1/20. L'examen microscopique montre des épithéliums, des corpuscules de graisse, des champignons, point de sarcines, point de bile.

Diagnostic. — Rétrécissement fibreux du pylore. On se propose de faire la résection du pylore ou si de trop grandes difficultés surgissent, on se propose de faire la gastro-entérostomie.

Opération le 25 septembre. --- Chloroformisation. Incision médiane depuis le milieu de l'appendice xiphoïde à l'ombilic jusqu'à un travers de doigt au-dessous. On aperçoit immédiatement l'estomac fortement dilaté, sa grande courbure va jusqu'au-dessous de l'ombilic et remplit tout l'épigastre. Le pylore est le siège d'une tumeur dure ayant la grosseur d'une noisette. Le duodénum est très court.

Le malade n'avait jamais vomi de sang et comme il n'y avait point de raison spéciale pour éloigner à ce point de vue l'idée d'ulcère, et comme le duodénum était très court, on considéra la pylorectomie comme étant plus difficile que la gastro-entérostomie; je me décidai dans l'intérêt du malade pour cette dernière opération.

Après que le grand épiploon fut soulevé vers en haut, je saisis au-dessous du côlon transverse une anse d'intestin grêle et j'atteignis bientôt le pli duodéno-jéjunal. J'incisai cette anse du jéjunum de la paroi antérieure de l'estomac en évitant qu'il y ait traction de la paroi antérieure de l'estomac. La fistule ayant 0^m,05 environ fut établie comme celles des cas précédents. L'endroit de l'anastomose portait à quatre travers de doigt du pylore à gauche et à deux travers de doigt au-dessus de la grande courbure.

Deux incidents vinrent mouvementer l'opération. La respiration s'arrêta tout à coup et il fallut pratiquer la respiration artificielle pen-

dant dix minutes environ. En second lieu après incision de la muqueuse stomacale, un liquide clair et abondant s'écoula au point qu'il fallut protéger la cavité péritonéale avec des éponges soigneusement placées. En dernier ressort, je fus obligé de retirer le liquide au moyen d'une seringue armée d'une sonde de Nélaton. Pendant que je conduisais la sonde dans l'estomac, un des aides pratiquait l'aspiration. On retira de cette façon 250 gr. environ d'un liquide clair et qui fut retiré en 5 ou 6 seringues.

11 h. 10, Début de l'opération (respiration artificielle) ;

11 h. 30, Terminaison de deux sutures en arrière (aspiration du liquide) ;

11 h. 40, On termine la suture muqueuse postérieure ;

11 h. 45, Suture muqueuse en avant ;

12 h. 7, Fermeture de l'abdomen.

Le malade avait bonne mine après l'opération, le pouls était à 72, bien frappé. Les douleurs ne survinrent pas immédiatement après l'opération. Dans l'après-midi il eut plusieurs régurgitations. A 9 heures du soir un vomissement, à 9 h. 1/2 du soir, selle liquide. Dans la nuit plusieurs vomissements et plusieurs nausées.

La réunion par première intention de la paroi abdominale se fit sans incident. Après l'opération, le malade urinait aussi peu qu'avant, et à partir du 28 septembre où il eut trois petites selles, il eut toujours de la diarrhée. Les urines de 24 heures variaient entre 180 et 850 centimètres cubes, leur densité était de 1019 à 1027. Le nombre de selles liquides variait par jour de 2 à 6.

Le malade resta sans fièvre. Le régime, qui fut choisi avec beaucoup de soin et qui ne consistait qu'en aliments le plus facilement digestibles, de même que les médicaments (tannin et opium) restèrent sans effet. Des injections de tannin à 1 0/0 ne servirent à rien. Les selles étaient toujours bilieuses, brunes ou jaunes, et ne contenaient aucun reste d'aliments non digérés.

Le 12 octobre, le malade qui malgré sa diarrhée se trouvait mieux quitta l'hôpital avec un bon bandage de corps.

Au commencement de novembre, le malade revint à l'hôpital, il avait perdu 12 livres depuis sa sortie. La diarrhée persistait. Les selles étaient composées de matières finement brassées et avaient une couleur grise, de même que le suc intestinal retiré avec la sonde. La réaction était acide et on n'y trouvait point d'acide chlorhydrique libre.

Au début, on ne put trouver de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, mais on put en déceler vers la fin de novembre. Les vomissements n'étaient point revenus après l'opération. Mais les lavages montrèrent qu'il y avait encore une grande dilatation de l'estomac. On pouvait provoquer dans l'abdomen un clapotement comme celui qui se produit d'habitude chez les malades atteints de catarrhe de l'estomac, et dont le canal intestinal est complètement rempli de matières liquides. La région de l'estomac, du pylore ainsi que la cicatrice sont dépressibles et l'on ne sent point de tumeur dans l'abdomen. On donna des alcalins pour neutraliser le contenu acide de l'estomac. Mais ce fut sans résultat pour arrêter la diarrhée.

Au commencement de décembre, comme on avait aussi pensé à la tuberculose de l'intestin, on fit au malade une injection de 0 gr. 005 de lymphé de Koch. La température, normale jusqu'alors, monta à 37°9 et le malade se plaignit l'après-midi et le lendemain soir d'une douleur violente de l'abdomen qu'il localisa dans la région de l'ombilic.

Le malade est soumis plus tard encore à cette médication.

Observation LVIX

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT LE QUATRIÈME JOUR. — PÉRITONITE.

LAUENSTEIN, *Festschrift à L. Meyer*, 1892.

La femme S..., âgée de 78 ans, entre à l'hôpital de Bethesda le

6 octobre. Elle est mère de douze enfants. Il y a trente ans, elle eut une tumeur dans le nez qui détermina l'affaissement du dos du nez.

Elle souffre de maux d'estomac depuis six mois, elle a continuellement des nausées et des douleurs après les repas, une sensation douloureuse et de la constipation. Depuis huit jours, vomissements alimentaires qui cessèrent d'abord pendant trois jours consécutifs et qui revinrent ensuite tous les jours. Elle dit que les vomissements ont eu dans ces derniers temps une odeur fécaloïde. La malade a senti depuis quelques semaines une tumeur dure dans la région de l'ombilic. Elle s'est alitée depuis huit jours.

Etat actuel. — Cette vieille femme est encore assez bien conservée.

Dans la région de l'ombilic, on trouve une tumeur dont le grand axe est transversal, cette tumeur est aussi grosse qu'un œuf de poule et elle est bosselée, elle s'engage en outre vers la droite de la ligne médiane et au-dessus de l'ombilic, après que l'on a vidé l'estomac qui contenait 1 litre $\frac{3}{4}$ de liquide. A droite de la tumeur, on trouve encore dans l'abdomen une masse moins dure (peut-être des ganglions du ligament gastro-colique). L'estomac est complètement lavé après y avoir fait passer 10 litres de liquide. Le suc gastrique, quoiqu'ayant une réaction acide, ne contient pas d'acide chlorhydrique libre. Il a une odeur butyrique, il contient quelques champignons, mais point de sarcines.

Diagnostic: carcinome du pylore, mais probablement extension du carcinome aux environs. La malade, demandant instamment une intervention opératoire, il nous a paru rationnel, en raison du grand âge de la malade, de pratiquer la gastro-entérostomie.

Opération le 8 octobre 1890. — Chloroformisation. Après ouverture de l'abdomen par une incision longitudinale, on trouve, à droite de la ligne médiane, une tumeur ganglionnaire aussi grosse qu'un œuf de pigeon et siégeant dans le ligament gastro-colique. Au-dessous, on trouve le côlon transverse farci d'un groupe de noyaux cancéreux.

Le lobe gauche du foie s'avance dans l'épigastre, il a une couleur foncée et la séreuse qui le recouvre est épaissie. A droite, à peine à deux travers de doigt au-dessous du rebord du foie, on trouve l'estomac, dont la portion pylorique est totalement recouverte par le rebord costal gauche. La portion pylorique se laisse difficilement attirer dans la plaie. Le pylore est transformé en une masse dure, blanche, et ayant la grosseur d'un œuf de pigeon, qui est placé horizontalement eu égard à son grand axe. Une tumeur, aussi grosse qu'une pièce de un mark, est située près du pylore, sur la paroi antérieure de l'estomac et très près de la grande courbure.

On procède sans plus tarder à la gastro-entérostomie ; on prend au-dessus du côlon transverse, une anse de l'intestin grêle et on l'attire dans la plaie abdominale. On voit dans la suite que la portion d'intestin grêle attirée correspond à la partie inférieure de l'iléon et au cœcum. On saisit alors une autre portion d'intestin grêle et on la suit avec les doigts. Peu de temps après, j'arrivai en me dirigeant vers en haut à l'union de l'intestin et du duodénum. J'établis ensuite, suivant les procédés habituels, la fistule dans une direction oblique de gauche à droite et de haut en bas, et pour cela je suturai à la paroi antérieure de l'estomac, facilement et sans traction, une anse élevée du jéjunum, dont la partie gauche formait le bout supérieur. Je le suturai de telle façon que le point de renversement était plus élevé et répondait, dans cette direction, à la portion descendante. Au moyen de cette position du jéjunum, comme du reste Wœlfli l'avait proposé, je pensai faciliter le passage des matières, exclusivement dans le bout inférieur, et je pensai pouvoir éviter l'écoulement de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac. Lorsque, après l'opération, je replaçai l'estomac dans la cavité abdominale, ce viscère se plaça en haut et à gauche et l'anse intestinale était couchée sans qu'il y ait aucune traction.

Les différents actes de l'opération eurent lieu aux temps suivants :

10 h. 17, Ouverture de l'abdomen ;

- 10 h. 25, On commence à faire la suture séreuse postérieure ;
- 10 h. 29, Suture circulaire séro-muscleuse :
- 10 h. 31-32, Ouverture de l'estomac et de l'abdomen ;
- 10 h. 37, On termine la suture muqueuse postérieure ;
- 10 h. 42, On termine la suture muqueuse antérieure ;
- 10 h. 45, Suture séro-musculaire circulaire en avant ;
- 10 h. 48, Suture séreuse en avant ;
- 10 h. 58, On termine la suture abdominale.

Le pouls, après l'opération, est à 56 ; il est bien frappé. La malade se plaint de douleurs vers le soir (on lui met des suppositoires d'opium).

Le soir, pouls 68. T. 36°7.

9 octobre. — Dans la nuit, la malade a rendu des matières liquides brunes et nauséabondes, elle rend successivement des gaz.

Elle se trouve bien subjectivement. On lui donne des lavements alimentaires au vin de Porto, du lait et des œufs.

10 octobre. — Point de vomissement. La malade se trouve bien, elle prend du lait et du vin par cuillerées à thé. Le soir, douleurs abdominales.

11 octobre. — La malade a peu dormi, elle se plaint de douleurs abdominales. Le ventre est un peu gonflé et est sensible à la pression. T. le matin, 37°3 ; pouls, 108. Le soir, 37°5 ; pouls, 140. Douleurs abdominales continues ; le ventre est plus tuméfié. Point de vomissements. La malade éprouve une grande sensation de soif, les traits sont grippés.

12 octobre. — Mort à 6 h. 1/2 du matin. On découvre du pus dans toute la cavité abdominale. Les sutures de la fistule ont bien tenu. La fistule est bien formée. On trouva dans le petit bassin et entre les anses intestinales un tampon de gaze. Le pyllore était perméable pour le doigt.

Observation LX

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CANCER DU PYLORE. — MORT LE SIXIÈME JOUR.

— PÉRITONITE PAR PERFORATION

LAUENSTEIN, *Festschrift* à L. Meyer, 1892.

La femme F.... âgée de 63 ans, entre à l'hôpital de Bethesda le 8 novembre 1890. Sa mère est morte d'un cancer du sein ; sa sœur souffre également de l'estomac depuis 17 ans. Elle éprouvait des douleurs, elle avait des régurgitations, quelquefois des vomissements, de l'inappétence et de la constipation. Pendant plusieurs années il y eut une amélioration visible, puis il y eut retour des anciennes douleurs. Depuis quatre ans, les douleurs sont continuelles. Les régurgitations acides deviennent très pénibles, et la constipation devient tellement opiniâtre, qu'il arrivait quelquefois que la malade n'allait point à la selle pendant 15 jours. Depuis 3 mois elle vomit tous les jours ses aliments. Elle pesait, il y a 5 ans, 143 livres ; elle pèse maintenant 72 livres 1/2. Elle est alitée depuis un mois. Dans ces derniers temps, les douleurs ne siégeaient pas seulement dans l'estomac, mais encore dans la poitrine et dans le dos.

Etat actuel. — Amaigrissement profond sans cachexie. Point d'œdème. Poids, 76. T., 36°8. Urine, 300. Densité, 1017. Les organes thoraciques et les reins sont sains. Les parois abdominales sont très minces. Le rebord du foie est aigu et dépasse les côtes d'un travers de doigt. Les limites de l'estomac sont facilement perceptibles à travers la paroi abdominale. La palpation révèle un clapotement stomacal très net, et les mouvements péristaltiques le suivent de près. La petite courbure est située à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la grande courbure atteint la symphyse. On ne sent point d'abord de tumeur évidente, cependant on perçoit une masse dure sensible à la pression et située au-dessous du lobe droit du foie. Les premiers jours on ne trouve point d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Cependant le second jour la réaction de cet acide existe, en outre on obtient

la réaction de l'acide lactique. Après l'avoir mélangé avec de l'éther, on obtient une odeur d'acide butyrique. On trouve dans l'estomac, outre les restes de matières alimentaires non digérées, quelques rares sarcines mais point de champignons.

L'estomac, après injection de 11 litres, n'est point encore lavé et il contient 2 à 3 litres de liquide. Après les lavages on trouve, en dessous de l'ombilic, une tumeur bosselée placée transversalement, qui se laisse déplacer de haut en bas et de droite à gauche. Diagnostic : Carcinome du pylore développé sur le terrain d'un ulcère.

En présence de la diminution des forces de la malade, on se proposa de faire la gastro-entérostomie.

Opération le 10 novembre 1890. — Chloroformisation. — Avant l'opération, on sent que la tumeur siège à gauche de la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic. Incision sur la ligne médiane à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic et vers en bas. Après avoir écarté les lèvres de la plaie abdominale, on voit le foie qui a une coloration foncée et qui descend vers en bas avec son bord aigu. Dans le parenchyme du foie brun foncé et bleuâtre on voit ça et là sous la séreuse des taches aussi grosses qu'une aiguille à tricoter, taches qui sont mal limitées. Un peu au-dessus de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane on voit le pylore qui est le siège d'une tumeur et qui s'étend environ à deux travers de doigt au-dessus de la petite courbure. Sur la face antérieure du pylore et sur les limites du pylore et de l'estomac se trouvaient plusieurs nodules blancs mal circonscrits ayant des dimensions variant de celles d'une tête d'épingle à celle d'un grain de mil. On trouve dans le ligament gastro-colique une demi-douzaine de ganglions hypertrophiés durs et ayant une dimension variant de celle d'une lentille à celle d'une petite cerise.

On trouve de semblables ganglions derrière le pylore, ceux-ci se laissent facilement saisir et attirer en avant. Le grand épiploon est dépourvu de graisse. Après l'avoir attiré vers en haut, je saisis au-dessous du côlon transverse une anse d'intestin grêle d'apparence rosée.

Je poursuivis cette anse vers en haut et j'atteignis en quelques instants le passage du jéjunum dans le duodénum. A quelques travers de doigt au-dessus de cet endroit je suturai le jéjunum à la paroi abdominale antérieure, suivant l'habitude, je le suturai à quatre travers de doigt à gauche du pylore et à deux travers de doigt au-dessus de la grande courbure en éloignant autant que possible du pylore l'intestin de l'estomac. Je plaçai la fistule un peu obliquement, de gauche à droite et de haut en bas, et je suturai à l'estomac la portion gauche et ascendante de l'intestin encore une fois de 1 à 2 centimètres à gauche et au-dessus de la fistule. On plaça trois plans de sutures antérieures et trois plans de sutures postérieures.

Durée de chaque temps de l'opération :

- 10 h. 23, Ouverture de la paroi abdominale ;
- 10 h. 27, Commencement de la suture séreuse ;
- 10 h. 30, Commencement de la suture séro-musculaire circulaire ;
- 10 h. 32, Ouverture de la muqueuse ;
- 10 h. 33, Suture muqueuse en arrière ,
- 10 h. 37, On commence à faire la suture muqueuse en avant ;
- 10 h. 41, On fait la suture séro-musculaire circulaire en avant ;
- 10 h. 44, Suture séreuse en avant ;
- 10 h. 56, On termine la suture abdominale.

Après que la suture de l'estomac et de l'intestin fut terminée, l'estomac se rétracta fortement dans la cavité abdominale vers en haut et à gauche, cependant l'anse intestinale paraissait être couchée sans tension.

Après l'opération, le pouls était à 56. La nuit suivante, la malade eut des nausées fréquentes et des douleurs violentes. On alterna les lavements alimentaires au vin de Porto et au lait. La température resta normale.

Le 11 novembre, il survint deux fois des vomissements peu abondants. Pendant trois jours on nourrit la malade exclusivement par le rectum. Puis on lui donna des aliments liquides d'abord par cuillerées

à thé, puis par cuillerées à soupe. L'état général était bon sous tous les rapports et il ne survint plus de vomissements.

Au commencement du sixième jour (le 15 novembre au soir), il survint brusquement des douleurs dans l'abdomen, la quantité d'urine diminua, la malade vomit une fois seulement. Le 16 novembre, l'estomac de la malade est très sensible et un peu tympanique, le facies est grippé. Vers midi, collapsus profond et mort à 1 heure.

L'autopsie révéla une péritonite par perforation. Le bout supérieur et le bout inférieur étaient perméables. La perforation était située à la partie postérieure de la circonférence et dans la région de la moitié gauche de la fistule.

Observations LXI à LXXX

a) GASTRO-ENTÉROSTOMIE SUIVANT LA MÉTHODE DE WELFLER

CZERNY ET RINDFLEISCH, *Beiträge f. Chirurgie. — Festschrift à Billroth*, 1892.

1^{re} — Homme âgé de 33 ans. — Souffre de l'estomac depuis 18 mois; vomissements, selles irrégulières, diminution de son poids de 50 livres, ganglions inguinaux. Tumeur dure bosselée à gauche au-dessus de l'ombilic. On constate la présence de l'acide chlorhydrique dans le liquide de l'estomac.

Opération, 29 juin 1885. — On trouve une tumeur du pylore ayant la dimension d'une bille de billard. Ganglions cancéreux dans le péritoine; — mort le 1^{er} juillet 1885.

Autopsie.—Bon fonctionnement de la fistule; péritonite septique.

2^e — Homme âgé de 43 ans. — Début de l'affection en 1884. Amaigrissement et faiblesse extrêmes. Souffle systolique. Tumeur ayant 9 à 10 centimètres 1/2 de long et située entre l'ombilic et le rebord costal. Point d'acide chlorhydrique.

Opération, 12 décembre 1885. — Carcinome du pylore avec infiltration des deux courbures de l'estomac. Infiltration des ganglions

rétropéritonéaux. Durée de l'opération, 1 heure 10; — mort le 17 décembre 1885.

Autopsie. — Les sutures tiennent bien; péritonite septique.

3^e — Homme âgé de 38 ans. — Début de l'affection: deux ans. Constipation et inappétence. Vomissements. Tumeur dans l'épigastre. Quelques noyaux cancéreux durs et ayant la grosseur d'une lentille et disséminés sur la paroi abdominale.

Opération, le 1^{er} novembre 1886. — Estomac fixe, ganglions cancéreux allant jusqu'au cardia. Apyrexie, un peu de diarrhée. Quitte l'hôpital le 25 novembre 1886; — mort le 9 décembre 1886. La mort doit être imputée, probablement à une faute contre le régime.

4^e — Homme âgé de 45 ans. — Douleurs de l'estomac depuis le 25 décembre 1886. Tumeur au niveau de l'ombilic. Point d'*HCL*.

Opération, le 21 février 1887. — Tumeur du pylore adhérente au foie. Celui-ci est infiltré de ganglions. Fistule ayant 2 cent. 1/2. Durée de l'opération, trois quarts d'heure; — mort le 22 février 1887.

Autopsie. — Liquide louche dans la cavité péritonéale. Les sutures tiennent bien, même lorsqu'on y fait passer de l'eau. Muscle cardiaque brun et friable.

5^e — Homme âgé de 39 ans. — Souffre de l'estomac depuis 1886. Amaigrissement, cachexie, tumeur située dans l'épigastre et ayant le volume d'un œuf d'oie. Point d'*HCL*.

Opération, le 6 mai 1889. — Tumeur adhérente au foie. Noyaux isolés sur le péritoine et sur la paroi antérieure de l'estomac. Durée de l'opération, 38 minutes.

Guérison. — Le malade quitte l'hôpital le 28 juillet 1889. Durée de la guérison, 4 mois. Les douleurs reviennent en octobre 1889. Le malade mourut le 5 avril 1890. Avant l'opération il pesait 44 kilogr. 5. Après l'opération il atteignit le poids de 140 livres.

6^e — Femme de 53 ans. — Premiers symptômes en 1885. — Tumeur

adhérente ayant la forme d'un boudin et siégeant au niveau de l'ombilic. Point d'*HCL*.

Opération 18 octobre 1889. — Tumeur adhérente au niveau de la vésicule biliaire. Carcinome du pylore avec masses cancéreuses le long de la petite courbure et dans le péritoine. Mort le 24 octobre 1889. Carcinome du pylore avec dilatation de l'estomac. — Pneumonie septique et ostéoporose.

b). — GASTRO-ENTÉROSTOMIE SUIVANT LA MÉTHODE DE VON HACKER

7^e — Femme 28 ans. — Souffre depuis 1885. — Tumeur de la grosseur d'une noix à droite et au-dessus de l'ombilic. — Point d'*HCL*.

Opération 2 décembre 1885. — Tumeur du pylore. Ganglions cancéreux ayant des dimensions variant entre un grain de mil et un pois, envahissaient les deux courbures. Sort amélioré le 24 décembre 1885. Plus tard, la malade augmente de la moitié de son poids (67 à 69 livres et demie). A la fin de septembre, les vomissements réapparaissent. Mort le 18 novembre 1886.

8^e — Homme 35 ans. — Souffre de l'estomac depuis 9 ans. — Douleurs ont augmenté depuis l'automne 1885. Poids, 59 kilogr. Tumeur à droite de l'ombilic et ayant le volume d'une pomme.

Opération 26 août 1886. — Squirrhe du pylore recouvert en partie par le foie et fixé dans la profondeur ; une chaîne de ganglions s'étend de la petite courbure jusqu'au cardia à travers le méso-côlon. Il quitte l'hôpital le 15 septembre. Son état est amélioré. — Augmentation de poids jusqu'en 1886. A partir de ce moment, les douleurs reviennent. — Mort le 10 janvier, 1886. L'orifice de la fistule n'avait plus que 8 millimètres de diamètre, il avait diminué de moitié.

9^e — Femme de 42 ans. — Douleurs de l'estomac depuis son enfance. Coliques hépatiques il y a deux mois, masse dure dans la région du pylore. Point d'*HCL* libre. Dans les repas d'essai on trouve l'*HCL*.

Opération 13 août 1888. — Pylore rétréci mais non bosselé. Mort le 17 août 1888. Diagnostic nécroscopique : Ulcère simple du pylore et hypertrophie et sténose de cet organe.

10^e Femme 47 ans. — En mars 1888, inappétence, vomissements. Amaigrissement. Au niveau de l'ombilic, tumeur grosse comme le poing. Point d'*HCL*.

Opération 13 février 1889. — Carcinome du pylore, métastases nombreuses. — Mort le 25 février 1889. Carcinome ulcéré du pylore et de la petite courbure, pneumonie septique et gangréneuse des deux bases des poumons.

11^e — Femme 35 ans. — Douleurs d'estomac en 1881. En 1888, nouvelles douleurs. En 1889, tumeur, vomissements marc de café. — Amaigrissement ; induration des sommets ; *HCL* libre.

Opération 9 mai 1889. — Carcinome du pylore ayant le volume d'une orange. Noyaux cancéreux sur la paroi antérieure de l'estomac, dans le péritoine, dans le duodénum. Mort, 3 juin 1889. — Carcinome du pylore, noyaux cancéreux sur le péritoine. Carcinose des deux ovaires. Tuberculose des deux sommets. Pneumonie septique. Hémorragie récente dans la cavité abdominale provenant d'une déchirure d'une adhérence dans le voisinage de l'ombilic.

12^e — Homme, 57 ans. Souffre depuis 1887. Tumeur en 1888, point d'acide chlorhydrique. Obstruction complète du pylore.

Opération 16 mai 1889. — Séreuse du pylore en général lisse. A la grande courbure il existe une portion dure d'où s'étendent des noyaux durs dans le péritoine et la petite courbure.

Mort le 27 juillet 1889.

Le malade s'était assez bien remis après l'opération, augmenta jusqu'en juin de 14 livres. Succombe à la suite de cachexie le 27 juillet 1889 : pylore complètement fermé. L'index peut seul passer à travers la fistule gastro-intestinale.

13^e — Homme, 42 ans. Souffre de l'estomac depuis 1889. Tumeur à gauche de l'ombilic, point d'*HCL*.

Opération le 2 novembre 1889. — Squirrhe du pylore ayant les dimensions d'une pomme. Noyaux cancéreux sur la grande et la petite courbure.

Mort le 4 mai 1890. Cachexie. Métastases du côté du foie. Pneumonie.

14^e — Homme, 38 ans. Début de l'affection en 1887. Tumeur à droite de l'ombilic et ayant la taille d'une petite pomme.

Opération 4 décembre 1889. — Tumeur du pylore grosse comme le poing. Infiltration le long de la petite courbure. Noyaux cancéreux sur le grand et le petit épiploon. Durée de l'opération, 55 minutes.

Mort le 21 décembre 1889. Pneumonie septique.

15^e — Homme, 42 ans. Début de l'affection en 1889. Hématémèse en 1890. Tumeur à droite et au-dessus de l'ombilic.

Opération 23 juillet 1890. — Tumeur envahit le ligament hépato-duodénal ainsi que le pancréas. Envahissement ganglionnaire au niveau de la grande et de la petite courbure. Sort amélioré le 27 août 1890. Mort le 3 mars 1891.

16^e — Femme, 51 ans. Début de l'affection en 1888. En septembre 1890, tumeur dans l'épigastre ayant les dimensions d'un œuf de poule. Point d'*HCL*.

Opération 1^{er} octobre 1890. Tumeur du pylore piriforme s'étendant depuis la petite courbure jusqu'au cardia.

Durée de l'opération 63 minutes.

Guérie le 29 octobre 1890.

Morte le 14 mars 1891. L'amélioration ne fut que passagère et la convalescence pénible.

17^e — Homme 49 ans. — Catarrhe aigu de l'estomac. *HCL* 30/0.
On ne sent point de tumeur à la palpation. Amaigrissement progressif.

Opération 17 novembre 1890. — Le pylore est adhérent au foie.
Guéri le 14 décembre 1891. Poids 109 livres.

Le malade était complètement rétabli le 21 janvier 1892.

Selles régulières. Appétit bon. Le 15 juillet il revient se montrer.
Il est délivré de ses douleurs et travaille. Appétit bon, digestions
bonnes. Poids du corps 152 livres.

18^e — Homme, 47 ans. Douleurs de l'estomac en 1889.

En 1891, tumeur, point d'*HCL*.

Opération le 2 février 1891. Squirre du pylore ayant 10 centimètres de long.

Sort amélioré le 27 février 1891.

19^e — Femme, 34 ans. Vomissements depuis février 1890.

Tumeur ayant la taille d'une pomme.

Opération le 8 septembre 1891. — Tumeur du pylore, infiltration le long de la petite courbure.

Le 19 octobre, quitte l'hôpital sur sa demande.

Mort le 21 novembre 1891.

20^e — Homme, 49 ans. Souffre de l'estomac depuis 14 ans. Hématémèses. Faiblesse extrême. Poids du corps, 87 livres.

Dilatation considérable de l'estomac. *HCL*.

Opération le 24 septembre 1891.

Tumeur du pylore s'étendant sur la partie postérieure de l'estomac.

Guérison sans fièvre, il quitte l'hôpital le 30 octobre 1891.

Poids du corps, 92 livres.

Reprend son travail le 1^{er} avril 1892. Le poids du corps atteint en juin 1892, 132 livres. Digestion et état général bons.

Observation LXXXI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT
LE LENDEMAIN.

ROUX de Lausanne, *Bull. de la Société de Chirurgie*, 10 juillet 1889.

Femme âgée de 58 ans, atteinte d'accidents dyspeptiques depuis six mois environ. A son entrée à l'hôpital, elle présente tous les signes d'une sténose pylorique poussée à l'extrême. Aucun aliment ne passe, les liquides eux-mêmes sont le plus souvent rejetés, la maigreur est extrême, sans teinte cachectique ; tumeur pylorique évidente, peu mobile. Malgré l'état général lamentable, Roux se décide à une intervention, demandée d'ailleurs par la malade ; c'est à la gastro-entérostomie que l'on aura recours, si la résection du pylore est reconnue impossible ou trop laborieuse. La malade reçoit auparavant des lavements nutritifs ; l'estomac est lavé et on y introduit un petit peu de bouillon additionné de peptone.

Opération le 21 juin 1888. — Nouveau lavage de l'estomac à l'eau boriquée tiède. Incision sur la ligne blanche longue de douze centimètres, descendant à quatre centimètres au-dessous de l'ombilic. La tumeur apparaît, elle occupe le pylore et infiltre largement la portion pylorique de l'estomac ; elle a des adhérences en arrière. Le mal est trop étendu pour que l'on puisse songer à la résection ; on se décide à faire la gastro-entérostomie, après avoir un peu prolongé l'incision par en bas. La communication entre l'estomac et l'intestin est rapidement établie, suivant le procédé de l'auteur, et les parois abdominales suturées. Le shock traumatique est considérable, le pouls très faible. Lavements nutritifs, champagne. Le lendemain matin, la faiblesse est toujours grande, légère cyanose. L'état va rapidement s'aggravant et la malade s'éteint vers midi. L'autopsie montre qu'il n'y a aucune trace de réaction du péritoine ; la suture est en parfait état. Le pylore est rétréci au point de laisser à peine passer une pince à disséquer. Pour M. Roux, la malade a été opérée trop tard, la mort est surtout due à l'état d'inanition où elle était parvenue.

Observation LXXXII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE.

Roux de Lausanne, *Rapport de Monod, Société de Chirurgie*, 40 juillet 1889.

Femme de 53 ans ; troubles digestifs depuis plusieurs années, mais surtout depuis le printemps 1887. Elle présente à son entrée tous les signes d'un cancer du pylore avec sténose. Amaigrissement, pas de cachexie. L'opération est proposée et acceptée. Même préparation de la malade.

Opération le 1^{er} septembre 1888. — Incision de 12 centimètres. On découvre un carcinome volumineux du pylore adhérent au côlon, dont l'incision n'est pas possible. Gastro-entérostomie. Shock opératoire peu considérable, une cuillerée à café de champagne toutes les deux heures. Dans l'après-midi, deux selles liquides, deux lavements nutritifs additionnés de 25 gouttes de laudanum. Pouls 80. La malade ne se plaint que d'une légère douleur à l'ombilic quand elle a avalé. Le lendemain et le surlendemain, bon état, température normale ; lavements nutritifs et champagne. Le troisième jour, un peu de bouillon et de lait. Le sixième jour, premier pansement ; réunion par première intention, on ôte les fils. Demi-verre de bouillon toutes les deux heures, champagne entre temps, à midi et le soir ; le bouillon contient un jaune d'œuf. Le huitième jour on remplace le champagne par du bordeaux ; à midi et le soir un peu de cervelle bien supportée, toujours quatre lavements nutritifs. Le neuvième jour, la malade s'assied sur son lit. Le onzième jour, elle se lève sur un fauteuil et supporte fort bien un beefsteak. Depuis lors, l'état général a été s'améliorant de jour en jour ; les forces reviennent peu à peu ; l'estomac supporte tout ce qu'on lui donne ; le malade sent que tout passe facilement.

M. Monod a écrit à M. Roux pour savoir ce qu'était devenue sa malade. Il lui a répondu qu'après quelques semaines de mieux et de digestion en apparence normale, avec augmentation de poids et meilleure apparence, elle a rapidement décliné et s'est littéralement éteinte

les derniers jours de novembre ou les premiers jours de décembre de la même année, soit trois mois après l'opération).

Observation LXXXIII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — SUCCÈS.

FRITSZCHE, *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, 1888, n° 15.

W... Aloïs, âgé de 57 ans, graveur à Glarus, sans hérédité au point de vue du cancer ; souffrait déjà depuis de nombreuses années de crampes d'estomac, mais au reste jouissait d'une bonne santé. Le malade suivit, il y a trois ans, un traitement médical pendant quelques semaines. Les crampes d'estomac étaient devenues plus fortes et s'accompagnaient de vomissements, cependant il n'y avait point d'hématémèse, puis diarrhée et selles colorées en brun. Il travaillait alors assidûment chez un polisseur de cuivre. Amélioration jusqu'à il y a cinq semaines, où survinrent des vomissements principalement une heure après les repas, mais point d'hématémèse. Perte d'appétit rapide, dégoût de la viande. Les féculents déterminaient aussi chez lui des douleurs de l'estomac, tandis qu'il prenait avec plaisir et supportait bien la soupe au fromage. Dans ces derniers temps, amaigrissement considérable. A son entrée à l'hôpital le 14 octobre 1887, on constata les particularités suivantes : homme de taille moyenne, de constitution délicate, au tissu adipeux très réduit. Apyrexie, pouls lent, 64, irrégulier. L'estomac était dilaté ; la grande courbure siégeait à deux et trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; clapotement stomacal. Vers le bord droit externe du muscle droit de l'abdomen, dans l'épigastre, et principalement au moment d'une inspiration profonde, on peut sentir une tumeur dure, bosselée, ayant la dimension d'une noix. L'examen était difficile à cause de la forte tension des muscles droits. Un lavage d'estomac pratiqué chaque jour, ramène une grande quantité de liquide extrêmement fétide, à réaction acide, mais ne contenant point de sang. Douleurs de l'estomac violentes qui cessent après les

vomissements et après les lavages ; urines un peu alcalines, rares ; point d'albumine ; inappétence ; constipation. Poids du corps : 47 kilogr. 5. — Diagnostic : dilatation de l'estomac, consécutive à un carcinome du pylore. Le malade prend une nourriture facilement digestible, et on lui lave chaque jour l'estomac, ce qui lui procure un grand soulagement.

L'examen du suc gastrique, pratiqué le 17 octobre, donne une forte réaction d'acide chlorhydrique. Pendant quelques jours, il n'est plus possible de sentir la tumeur. Le malade se trouve mieux dès les premiers jours de son entrée à l'hôpital : peu de douleurs, sommeil assez régulier. Le malade refuse de prendre, même en petite quantité, les aliments qu'on l'autorise à prendre, tels que soupe et viande, parce qu'ils déterminent chez lui des douleurs intolérables. L'état général devient mauvais ; les vomissements réapparaissent le 25 octobre et le malade est très déprimé. Comme il refuse une laparotomie exploratrice, il quitte l'hôpital sur sa demande, après un séjour de 13 jours. Son poids était tombé de 47 kilogr. à 44 kilogr.

On fut obligé de pratiquer les lavages d'estomac chez lui. Malgré cela, il y eut de fréquents vomissements qui nécessitèrent l'emploi de la morphine. Quelques jours après, le malade fut convaincu qu'il allait à sa fin prochaine s'il n'avait recours à une intervention opératoire, et il se décida à subir l'opération. — Le 1^{er} novembre, il revint à l'hôpital : il était considérablement amaigri. On put sentir nettement une tumeur bosselée à l'endroit précité. Le traitement préopératoire consista en lavages de l'estomac avec une solution d'acide salicylique à 1/2 ‰ ; on lui administra également des lavements alimentaires.

Opération le 3 novembre. — Anesthésie au chloroforme et à la morphine ; incision sur la ligne médiane de 10 centimètres, s'étendant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Après ouverture de l'abdomen, on fut obligé d'agrandir l'incision de 5 centimètres à cause du foie qui occupait la partie supérieure de l'incision. L'estomac était fortement dilaté ; le pylore était le siège d'un épaissement dur et bosselé en

avant, et qui s'étendait en arrière en augmentant. Cette tumeur avait le volume d'un œuf de poule.

Derrière cette tumeur, et séparée d'elle par une dépression, on sentait le pancréas, qui lui était adhérent et qui n'était point mobile.

Plus loin, on sentait en-dessous du pylore et du péritoine des ganglions infiltrés. Cette découverte me fit écarter le pylorectomie et je pratiquai la gastro-entérostomie, suivant la méthode de Wœlfli. On trouva rapidement la partie supérieure du jéjunum qui fut choisie pour l'insertion à l'estomac à environ 50 centimètres au-dessous du duodénum, anse qui se laissait facilement insérer à l'estomac. Cette anse fut vidée par expression au moyen de deux bandelettes de coton lâchement nouées et passant à travers le mésentère. L'occlusion de la fente de la paroi antérieure de l'estomac est assurée au moyen de deux tiges métalliques recouvertes de drains en caoutchouc dont les bouts, formant encoche, sont liés au moyen de tubes de caoutchouc. C'est la méthode de compression indiquée par Rydygier, seulement elle était plus longue (22 centimètres).

La longueur de l'incision de l'estomac et de l'intestin est de 5 centimètres. On réunit les deux viscères au moyen de trois étages de sutures. Après avoir inséré le bord supérieur de la plaie de l'intestin à la séreuse de l'estomac au moyen de quelques points de sutures séparées, on établit une suture muqueuse continue, puis de même une suture séro-musculaire continue de Czerny et enfin une suture circulaire continue de Lembert. Le bout supérieur de l'intestin fut encore attaché à la paroi stomacale au moyen de quelques points. Le tout fut suturé au catgut. La fermeture de la plaie abdominale fut difficile à cause de la rigidité des muscles droits ; ici également, on dut placer trois étages de sutures : suture continue du péritoine, suture des muscles des aponevroses et de la peau ; ces dernières furent faites à points séparés et au catgut. Le tout fut fait au sublimé. Les suites de l'opération, malgré l'incident que nous aurons à signaler, furent apyrétiques. Le pouls oscillait entre 68 et 96. On donne au malade, chaque jour, deux lave-

ments et, pendant deux jours, il ne prit que quelques cuillerées d'eau, puis du café au lait. L'état général a toujours été bon. Point de vomissements ; une seule fois seulement, il y eut une syncope de peu de durée.

Itère léger (chloroformique ? ou catarrhe duodénal à la suite de l'opération ?). — L'urine alcaline avant l'intervention fut trouvée acide. Le cinquième jour, première selle après lavement. A partir de ce jour, le malade prend des aliments solides, de la viande. Dans la nuit du 12 au 13 novembre, il survint un vomissement intense de matières vertes comme de l'herbe. Les urines contenaient des matières colorantes, de la bile. Le matin, le premier pansement qui avait tenu jusqu'alors fut rompu. Après l'avoir enlevé, nous trouvons que la suture a sauté sur une longueur de 10 cent. et qu'il y a une partie du foie qui est à nu.

On place sous le chloforme et en faisant de l'antiseptie au sublimé, une suture secondaire faite à trois étages et à la soie. Les jours suivants, il y eut des syncopes fréquentes et quelques régurgitations acides et le 15 il survint un vomissement bilieux. Point de fièvre, pouls 84. On change le pansement le 18 et l'on trouve quelques points suppurés. Pansement au bismuth. — Le 21 on enlève la dernière rangée de sutures. Le malade se trouve bien subjectivement. Le 4 décembre, il se lève pour la première fois. Le poids du corps a un peu diminué, ce qu'il faut attribuer au peu de nourriture que prit le malade depuis l'opération, et aujourd'hui encore il est de 39 kilog. Rétablissement rapide à partir de ce jour. Le malade quitte l'hôpital le 8 décembre, son état général est des plus satisfaisants ; la cicatrice est solide et il supporte presque tous les aliments, il prétend qu'il éprouve seulement la sensation suivante : les aliments traversent trop rapidement l'estomac et il est obligé de prendre quelque chose de temps en temps pour combattre la sensation de faim qu'il éprouve. Depuis ce temps, le malade est content de son état. Le poids de son corps fut le 1^{er} février, de 54 kilog., poids qu'il ne dépassa jamais. Sa mine est superbe, et il est rendu à sa famille et à son activité bien connue dans toute la plénitude de ses forces.

Observation LXXXIV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE — RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX. — SUCCÈS.

FRITSZCHE. *Correspondb. f. Schw. Aerzte*, 1888, n° 15.

F... Julie, entre dans le nouvel hôpital de Glerus en 1881. Elle avait 39 ans. Cette personne délicate souffrit à l'âge de 3 ans d'une brûlure de la figure ; elle fut longtemps atteinte de chlorose. A l'âge de 13 ans, elle fut faiblement réglée, et dans ces dernières années les règles étaient douloureuses. Au reste, sa santé était bonne. Dès le printemps 1881, elle eut des douleurs dans tout l'abdomen, s'irradiant dans l'épigastre et dans la poitrine. Le matin elle avait des tendances à vomir et des douleurs dans l'abdomen. L'appétit faisait défaut depuis quelques jours seulement. Constipation. A son entrée à l'hôpital, le 2 août et pendant son séjour, on ne put découvrir chez cette femme de taille moyenne et de constitution délicate autre chose qu'une anémie notable et qu'une douleur épigastrique sensible à la pression. Je posai alors le diagnostic d'anémie s'accompagnant de gastralgie et d'entéralgie. La malade prit à ce moment des préparations ferrugineuses et en raison des grandes douleurs qu'elle éprouvait surtout la nuit, du bromure de potassium. Cet état s'améliora bientôt, et après un séjour de un mois, elle put quitter l'hôpital, elle n'avait plus de douleurs, elle s'alimentait mieux.

Le tableau qu'elle présenta du 1^{er} décembre 1885 au 23 mars 1886 lors de son deuxième séjour à l'hôpital fut différent. D'après les commémoratifs, nous apprîmes que les vomissements survenaient tous les deux ou trois jours depuis cinq mois, et cela quelques heures après les repas. La veille de son entrée, elle eut une hématomèse considérable allant jusqu'à provoquer une syncope. Dans la nuit elle eut du méloëna. A son entrée on constata encore un plus grand amaigrissement et une plus grande anémie que lors de son premier séjour. Le ventre était légèrement ballonné et la région du pylore était sensible à la pression. On traite la malade avec de la glace, et par la diète liquide,

les vomissements de sang ne se renouvellent point, et la malade quelque peu remise supportait quelques semaines après un peu de nourriture solide. Cependant les vomissements reviennent en janvier, sans hématomèse. Les nausées, les malaises et le gonflement du ventre et les douleurs persistent jusqu'à ce qu'un vomissement apporte quelque temps un peu de soulagement pour quelques jours. On lui donne des reconstituants et différentes préparations ferrugineuses qui sont mal supportées et qu'il faut abandonner. L'estomac est dilaté, ce qui se révèle à la percussion et par les lavages de l'estomac. Ces derniers pratiqués d'abord tous les jours puis tous les deux ou trois jours, soulagent la malade. Pendant quelques semaines, on administre à la malade de la strychnine à l'intérieur, 0 gr. 001 par jour et on lui électrise la région de l'estomac pendant cinq semaines. Ce traitement procure quelque soulagement. Le 23 mars elle quitte l'hôpital, elle était restée 15 jours sans douleurs et elle s'était rétablie convenablement. Le 3 janvier 1888, la malade revint à l'hôpital, elle dit qu'elle s'est bien portée pendant 14 mois, mais qu'il y eut de nouvelles douleurs d'estomac fin octobre 1887, et des hématomèses qui ont duré 2 jours et jusqu'à la syncope. On fut obligé de la veiller pendant 15 jours, elle fut alimentée exclusivement au lait. Peu à peu, on lui permit d'autres aliments, ce qui provoque chez elle des vomissements alimentaires. La crainte d'une nouvelle hématomèse l'amena à l'hôpital. Elle était très amaigrie et plus misérable qu'auparavant. Haleine fétide, abdomen distendu et sensible surtout dans la région épigastrique. L'estomac descend jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le suc gastrique est très acide et il a une forte odeur d'acide butyrique. Malgré cela, la réaction de l'acide chlorhydrique était évidente. L'appétit était conservé en partie, mais il survenait des douleurs intolérables dans l'abdomen après chaque repas ; de telle sorte que la malade ne prenait que fort peu de chose. On lui donne du lait, de la crème, du bouillon. Malgré cela, il y eut des douleurs et des vomissements.

Les lavages de l'estomac procurent quelque soulagement, cepen-

dant ils durent être interrompus parce que le 8 et le 9 janvier survinrent des hématemèses. Lavements alimentaires. A l'intérieur on donne du lait froid écrémé. Cardialgie intense soulagée çà et là par des injections d'antipyrine. La morphine donnée à l'intérieur et en injection est très mal supportée.

Le 18 janvier on la traita de nouveau par des lavages réguliers, qui procurèrent une heure de tranquillité. Les lavages, le lait, la crème, le bouillon, les suppositoires belladonnés permirent à la malade de traîner une existence supportable. Cependant la petite quantité d'aliments pris à l'intérieur qui chaque jour était rendue par les lavages et les lavements alimentaires ne suffisait point pour alimenter la malade et pour maintenir le poids de son corps. La malade devenait de jour en jour plus misérable et courait à une fin prochaine. Malgré cela je lui proposai l'opération. Il était évident qu'il s'agissait d'un rétrécissement du pylore d'origine fibreux. — On n'avait jamais senti de tumeur. La malade accepta l'opération le 24 février ; quelques jours auparavant on lui fit des lavages d'estomac avec de l'acide salicylique.

Chloroformisation facile. Antisepsie au sublimé. — Incision médiane de 10 centimètres depuis le milieu de l'épigastre, à gauche, autour de l'ombilic. Suture du péritoine à la peau par quelques points de suture. A l'examen du pylore on trouve une masse longue de 3 à 4 centimètres et grosse de 3 centimètres, arrondie, quelque peu bosselée, quelque peu mobile et bien limitée. Malgré cette apparence de tumeur on conserve le diagnostic de rétrécissement fibreux et on pratique la gastro-entérostomie.

On choisit l'anse intestinale à la manière de Wœlfler, on la suture à la paroi antérieure de l'estomac comme la fois précédente de telle sorte que le bout supérieur était à gauche, le bout inférieur à droite. La suture fut faite comme précédemment, seulement la rangée moyenne fut faite au fil de soie et par une suture continue. La fermeture de l'abdomen fut difficile à cause des muscles droits ; elle fut faite au moyen de plans de sutures faits largement. Les sutures profondes

du péritoine et des muscles furent faites au catgut; la suture de la peau comprenant une partie de la profondeur, fut faite à la soie.

Les suites de l'opération furent très simples. Température maxima 37°4; pouls une seule fois à 100, et oscillant d'habitude entre 80 et 95. Le soir de l'opération, un peu de collapsus et quelques douleurs dans l'abdomen. Le malade se plaint de la pression de son bandage; de la sécheresse de sa bouche et du décubitus dorsal. Le troisième jour le ventre est légèrement tendu. Cependant il y eut quelque soulagement après l'évacuation de quelques gaz survenus après l'administration d'un lavement. Réunion complète par première intention. Trois semaines après l'opération la malade se lève; elle se trouve bien, mais elle est excessivement faible. Le poids du corps qui avant l'opération était de 38 kilogr. n'est plus que de 37 1/3, atteint rapidement le 23 mars, 41 kilogr. et le 30 mai 48 kilogr., poids qui répond à celui qu'elle avait lorsqu'elle était bien portante. Une seule fois cependant, au temps de sa santé la plus florissante, elle pesait 53 kilogr.

Tous les maux antérieurs disparurent depuis le jour de l'opération et la malade déclare qu'elle se porte très bien et qu'elle digère bien. Elle mangea même du lard et de la choucroute à titre d'essai sans éprouver de douleur. L'anémie extrême persista longtemps encore après que le malade prit du fer et de la quinine. L'hémoglobine le 5 avril était à 35 p. 100 et le 12 mai elle atteignait 85,90 0/0.

Observation LXXXV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT LE
ONZIÈME JOUR. — INANITION

OBALINSKI. *Nowy lekarskie*, 1890, *Novembre et Centralb. f. Chirurgie*, 1891,
n° 21, p. 426.

L'auteur relate le cas suivant, unique dans la littérature, cas dans lequel la mort a été la conséquence de la création erronée d'une fistule entre l'estomac et la partie la plus inférieure de l'iléon. Il s'agit d'une femme de 40 ans ayant un cancer étendu de l'estomac. Après

l'ouverture de l'abdomen, on trouva des adhérences nombreuses, entre l'estomac, l'intestin, le foie et le péritoine. Ce qu'il supposait être le duodénum fut trouvé avec beaucoup de peine, et après que l'auteur se fut assuré qu'il était fixé par en haut et à gauche, il établit une fistule à 30 cent. de l'anse et la sutura à l'ouverture faite sur l'estomac. 11 jours s'écoulèrent sans réaction et dans le calme.

Dans la nuit du onzième au douzième jour, survinrent des douleurs violentes, puis collapsus et mort.

L'autopsie montra que ce qui fut pris pour le duodénum était le cœcum et que la fistule reliait la partie inférieure de l'iléon à l'estomac de sorte que presque tout l'intestin grêle était supprimé.

Pour éviter un semblable mécompte, l'auteur conseille de rechercher d'abord le cœcum et de s'orienter ensuite d'après lui.

Observation LXXXVI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE DU PYLORE. — CARCINOME. — MORT VINGT-QUATRE HEURES APRÈS

Hahn, Berlin. *Klinische Wochens.*, n° 51, 1892.

Homme de 45 ans, entre à l'hôpital le 27 juin 1885, il souffre de l'estomac depuis deux ans. Les symptômes qu'il présente sont ceux du rétrécissement du pylore.

Malade fortement amaigri et pèse 45 kilogr. On sent à la palpation une tumeur située un peu au-dessus et à droite de l'ombilic. L'estomac est fortement dilaté. Cet homme, malgré la bonne alimentation et malgré les lavages de l'estomac, s'affaiblit tous les jours, et le 7 août on procède à la gastro-entérostomie.

L'opération fut faite sans chloroforme en raison de la petitesse du poul. On insère à la paroi antérieure de l'estomac une portion d'intestin située à 0^m 40 du pli jéuno-duodénal après l'avoir isolée au moyen d'un pli fait au moyen d'un drain, pli ayant 6 cent. de long. Puis on place la suture muqueuse circulaire, puis la séro-musculaire et quelques points de Lembert.

Durée de l'opération 1 h. 1/2. — 14 heures après l'opération, douleurs violentes ; — mort 24 heures après, après avoir présenté les symptômes d'une péritonite par perforation.

Autopsie le 9 août 1885. — On trouve dans la cavité abdominale environ 100 gr. de liquide séreux. Dans le bout supérieur on trouve des gaz, et un liquide brunâtre à odeur acide. L'estomac, principalement sur sa paroi antérieure à l'endroit de l'opération est recouvert de fibrine. Les sutures tiennent bien. Mais on trouve au niveau du bout supérieur, à trois millimètres de la ligne de suture, un point de la séreuse qui est aussi gros qu'un pois et qui est d'un brun sale. Lors de l'expression, il sort de cet endroit une gouttelette de matière intestinale ou stomacale. On trouve à cet endroit une déchirure de la muqueuse. Au niveau du pylore se trouve une tumeur grosse comme le poing et empiétant sur les deux parois de l'estomac. La surface interne de cette tumeur est ulcérée et elle est grise et molle à la coupe. L'estomac est fortement dilaté et contient 2 litres d'un liquide brun sale. Diagnostic : carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie, irruption du contenu de l'intestin dans la cavité péritonéale, à travers une perforation au niveau du champ opératoire.

Observation LXXXVII

HAHN, *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 51, 1892.

Homme de 46 ans. — Entre à l'hôpital le 28 juillet 1885. Souffre de l'estomac et vomit depuis huit ans. Homme très amaigri ; poids du corps, 51 kilogr. 5. Dilatation de l'estomac. La grande courbure s'étend jusque sur le milieu de l'espace qui sépare la symphyse de l'ombilic. Vomissements fréquents et acides. L'examen microscopique des aliments vomis révèle la présence de sarcines, de champignons et d'aliments non digérés. On ne sent point de tumeur à la palpation et même lorsque l'on pratique cet examen sous le chloroforme. Les urines des 24 heures ne sont point en rapport avec la quantité de

liquide que prend le malade. Quelquefois le malade urine 2,000 cmc., quelquefois seulement 300 cmc. Les forces diminuent à tel point que, du 28 juillet au 19 août, le malade a perdu 18 livres.

Le 23 août, on pratique une laparotomie exploratrice afin de faire soit une résection ou une gastro-entérostomie. Le pylore adhérent aux organes voisins est gros comme le poing. On cherche le pli duodéno-jéjunal, et à 0^m40 au-dessous de lui on insère le jéjunum à la partie antérieure de l'estomac en passant au-dessus du côlon transverse et du grand épiploon.

Suites de l'opération bonnes. Le 25 août, l'état général devient meilleur : point de nausées, point de vomissements. Le 27 août, il prend du bouillon. La quantité des urines augmente et répond à la quantité de liquide que prend le malade. Le 10 septembre, le malade a augmenté de 10 livres. Le 21 septembre, le malade se lève. Au commencement de novembre, digestion bonne et selles régulières. Point de nausées, point de vomissements. Le poids du corps, après l'opération, a augmenté de 50 livres.

Observations LXXXVIII à XC

E. S. PERMANN, de Stockolm.

1^{re} — En 1889, il pratique une gastro-entérostomie chez une femme de 53 ans atteinte de cancer du pylore. — Mort 17 heures après l'opération.

2^e — Homme de 42 ans. Cancer de l'estomac. Opération de Wœlfler. Guérison avec disparition des douleurs.

3^e — Des adhérences considérables rendaient la résection du pylore impossible. Gastro-entérostomie. — Mort 4 jours après de pneumonie.

Observations XCI à XCIII

BRAMANN, *Beilage Z. Centralblatt*, 1892, p. 101.

Bramann a fait trois gastro-entérostomies de l'estomac. Guérison

opératoire complète. Disparition des douleurs. Augmentation maxima du poids : 27 livres en 10 semaines.

Une opération suivant la méthode de Wœlfler.

Deux opérations suivant la méthode de Courvoisier.

On incisa le méso-côlon et le ligament gastro-colique, on y fit passer l'intestin et on le sutura à la paroi antérieure près de la grande courbure. Après que l'anastomose fut établie, on reporte le péritoine vers en haut, de telle sorte que le péritoine fermait la fenêtre pratiquée ; à la suite de cette fenestration, on n'a pas besoin de craindre la gangrène du côlon.

L'irruption de nouvelles anses à travers la fenêtre est évitée par la situation très élevée de l'anse insérée et par la fermeture de la fenêtre.

L'opération présente cet avantage que l'on peut employer pour l'anastomose une anse située très haut, et par ce procédé il ne se forme point d'éperon, comme c'est le cas dans l'opération de Wœlfler.

Dans ce cas, la direction de l'anse fixée est indifférente. La portion intestinale isolée, en raison de sa fixité, de son peu de longueur et de la sténose du pylore, ne fournit point de chyme et il ne peut se produire de reflux des aliments et des sécrétions dans l'estomac.

Observation XCIV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CANCER DU PYLORE. — MORT VINGT HEURES APRÈS

BRENNER, *Wien Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 26.

Homme âgé de 56 ans, autrefois bien portant, actuellement alcoolique, souffrait de douleurs dans la région de l'ombilic depuis 8 semaines, ainsi que de difficultés dans la digestion. Depuis 6 semaines il souffre de vomissements abondants, les vomissements reviennent régulièrement tous les soirs. Ces jours derniers, il avait des vomissements marc de café. Le malade ne peut donner d'autres renseigne-

ments. Les organes internes sont sains, et dans la région de l'estomac on trouve une tumeur mal limitée.

Le 16 janvier 1892, incision de l'abdomen entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. La région du pylore est épaissie et dure, sa surface est recouverte de granulations miliaires. On trouve de semblables noyaux sur la partie antérieure de l'estomac et au-dessous du foie. La tumeur de la région pylorique était à peine mobile et appliquée contre la colonne vertébrale. Gastro-entérostomie. Durée de l'opération, 2 heures. Sock opératoire intense, le malade se releva un peu après l'opération, mais mourut 20 heures après.

L'autopsie montra de nombreuses métastases dans le foie.

Le malade nous avait fait faire erreur sur la durée et la nature de ses douleurs, et si nous avons pratiqué la gastro-entérostomie malgré l'envahissement du foie, c'est que nous avons voulu délivrer le malade pour un temps, quoique court, de ses douleurs et de son rétrécissement du pylore.

Observation XCV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT DEUX MOIS APRÈS. — CACHEXIE

A. BRENNER, *Wien, Klin. Wochensch.* 1892, n° 26.

Homme âgé de 41 ans, a été très souvent malade dans sa jeunesse, se porte bien depuis l'âge de 24 ans. Souffre depuis un an et demi de maux d'estomac après avoir absorbé de la viande avariée. Vomit depuis un an quelques heures après les repas. Les vomissements surviennent chaque fois tous les deux jours. Depuis trois mois lavages de l'estomac qui le soulagèrent.

A son entrée, on constata une tumeur dure, grosse comme un œuf de poule, mobile et siégeant dans la région de l'estomac à droite de l'appendice xiphoïde.

Laparotomie, le 15 janvier, incision entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. La région du pylore était infiltrée sur une longueur de

10 cent. environ, la tumeur était mobile. On pouvait facilement attirer la tumeur à travers la plaie abdominale. On pratiqua la gastro-entérostomie. Durée de l'opération, 2 heures.

Shock opératoire assez considérable, mais le malade se releva bientôt et fut délivré de ses douleurs à partir du quatrième jour. Le dixième jour, il put prendre des aliments solides, ses forces augmentèrent un peu, il commença à se nourrir, mais cet état ne dura pas longtemps. Un mois après et probablement à cause de l'envahissement de l'anastomose par la fistule, les aliments furent rejetés, il fallut que le malade prît des aliments légers (poulet). Plus tard, ictère ; 18 mars 1892 mort.

L'autopsie montra que le carcinome de l'estomac s'était étendu jusque très près de l'entéro-anastomose mais ne l'avait pas encore atteint. Il y avait de nombreuses métastases dans le foie.

Observation XCVI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MORT QUATRE MOIS APRÈS. — CACHEXIE.

A. BRENNER, *Wien Klin. Wochenschrift*. 1892, n° 26.

Homme âgé de 40 ans, toujours bien portant, actuellement amaigri, souffre de douleurs d'estomac depuis un an. Il vomit et a des regurgitations acides. Depuis trois mois, amaigrissement plus considérable, il vomit tous les aliments solides, particulièrement la viande. On sent une tumeur dure, bosselée dans la région épigastrique au-dessous de l'appendice xiphoïde. Point d'acide chlorhydrique libre dans le contenu stomacal extrait par les lavages.

La tumeur était peu mobile ; il n'était point question de réséquer le pylore, et la gastro-entérostomie avait plus de chance de réussir dans le cas particulier, le malade n'ayant plus que quelques jours à vivre.

Opération le 17 juin 1891. — Incision médiane entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. On est en présence d'une tumeur du pylore assez mobile. Les ganglions et la veine-porte étaient infiltrés, on trouvait

également des ganglions sur la grande courbure et jusque sur le ligament gastro-colique, qui formaient une dépendance du carcinome. La portion voisine du côlon transverse était tellement attirée en haut, que si on avait procédé à l'ablation des ganglions, on aurait coupé les vaisseaux nourriciers du côlon transverse et on s'exposait peut être aussi à une gangrène du côlon. En outre, la partie postérieure du cancer était adhérente à la région pancréatique, la paroi postérieure de l'estomac était également infiltrée de sorte que la méthode de von Hacker était impossible, il ne restait que celle de Wœlfler. On remplaça l'estomac dans la cavité péritonéale ; on rechercha au-dessous du côlon la première portion du jéjunum, que l'on sutura à la paroi antérieure de l'estomac, sans qu'il y ait aucune traction, et on termina en plaçant soigneusement les sutures muqueuses et les sutures séreuses.

Le premier jour il y eut un peu de fièvre, quelques vomissements sanguinolents et de violentes douleurs dans la région de l'estomac. Le cinquième jour le malade se trouve bien et le douzième jour il prend des aliments solides. La plaie fut guérie par première intention le 9 juillet et le malade sortit complètement guéri. Il mourut quatre mois après l'opération, après s'être bien trouvé pendant trois mois.

Observations XCVII à CXII

NOVARO, Congrès international des sciences médicales tenu à Berlin,
4 au 9 août 1890.

Novaro a pratiqué seize gastro-entérostomies.

Six fois pour cancer ;

Dix fois pour affections diverses.

Cinq opérés moururent des suites de l'opération :

1 cas à la suite de collapsus, 14 heures après l'opération ;

1 cas à la suite d'épuisement, 24 heures après l'opération ;

1 cas au bout de trois jours ;

2 cas à la suite de péritonite septique.

Le succès pour les malades opérés pour cancer a été de 3 à 19 mois.

Observations CXIII à CXVIII

ANGERER, *Langenbeck's Archiv.*, t. XXXIX, p. 378, 1889.

Il a pratiqué six gastro-entérostomies.

Le premier opéré vit depuis un mois ; son état est satisfaisant, il n'éprouve que quelques coliques de temps en temps.

Le deuxième mourut trois semaines après de consommation. J'avais pris une anse quelconque : elle était située trop près de l'iléon. Depuis ce temps il recherche le pli jéjuno-duodénal et le trouve facilement,

Les quatre autres moururent au bout de quelques semaines.

L'autopsie n'a jamais montré de péritonite septique.

Pour l'anesthésie il emploie le chloroforme d'abord et continue ensuite avec l'éther.

Observation CXIX

CARCINOME DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MORT LE
SIXIÈME JOUR SUITE DE PLEURÉSIE.

CARL KOCH, *Aertztlicher Local Verein., Münch Med. Wochenschrift*, 1890
9 décembre.

Femme âgée de 40 ans, autrefois bien portante, souffrait depuis plusieurs années de manifestations anémiques. Il y a six mois survinrent des vomissements qui allaient toujours en augmentant. Vomissements alimentaires fréquents et amaigrissement profond. On constata il y a quatre mois une tumeur dans la région de l'estomac.

Cette femme avait un teint cachectique et ictérique, les muqueuses étaient décolorées. Le pannicule adipeux était assez bien représenté particulièrement sur les parois de l'abdomen. On percevait une tumeur grosse comme le poing dans l'hypocondre droit. Cette tumeur est plus

facilement perçue après les lavages de l'estomac, et elle paraît plus mobile et se déplace à gauche de la ligne médiane.

Le pouls radial est faible ; souffle anémique au cœur ; point d'albumine dans les urines.

Le 2 juillet, gastro-entérostomie. Chloroformisation. Incision médiane ayant 15 centimètres de long et descendant, jusqu'au-dessous de l'ombilic. Après ouverture du péritoine l'estomac paraît assez dilaté.

Au niveau du pylore il existe une tumeur ayant la grosseur d'un poing d'enfant, tumeur circulaire et s'étendant sur la paroi antérieure de l'estomac et sur la petite courbure. Point d'adhérences. On ne peut songer à la gastrectomie en raison de l'extension de la tumeur et de la grande faiblesse de la malade.

La recherche du pli jéuno-duodénal fut facile et fut trouvée du premier coup ; on prend une anse du jéjunum située à environ 40 à 50 centimètres plus bas et on le suture à la paroi antérieure de l'estomac à environ deux travers de doigt des limites de la tumeur et au-dessus de l'insertion du péritoine. L'anse jéjunale passait au-dessus du côlon transverse et fut placée de telle sorte que les mouvements péristaltiques de l'intestin fussent parallèles à ceux de l'estomac. Les ouvertures de l'estomac et de l'intestin avaient 5 centimètres de long. Les ouvertures de l'intestin et de l'estomac furent maintenues fermées par les doigts des assistants. Puis on procéda à la suture de la paroi abdominale, on fit des sutures par étage. L'opération fut exécutée sans incident, point de collapsus. Le troisième jour, la malade se trouva moins bien et bientôt elle eut une forte bronchite suivie bientôt d'une pleurésie gauche. Faiblesse du cœur, fièvre intense : la malade meurt le 8 juillet, six jours après l'opération.

Autopsie : exsudat séreux dans la plèvre gauche. cœur gras, pneumonie hypostatique dans les deux bases. Carcinome du pylore ulcéré et rétrécissant tout l'orifice pylorique. La suture gastro-intestinale est bonne, point de pus dans la plaie.

Observation CXX

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — SUCCÈS

HADRA, *Berliner Klin. Wochenschrift*, 25 janvier 1892, n° 24.

Hadra présente son malade à la Société de médecine de Berlin, dans la séance du 16 décembre 1891. Il y a 8 mois 1/2 qu'il est opéré, et il a pu reprendre ses occupations depuis ce temps sans avoir été arrêté. Ce chirurgien dit qu'il n'attend pas plus longtemps pour présenter son malade, parce que depuis huit jours il est survenu chez lui une sensibilité particulière de l'estomac, sensibilité qu'il est difficile d'expliquer : est-elle accidentelle, passagère ou repose-t-elle sur quelque chose d'anatomique ? Ce malade a 35 ans et n'a pas conscience de son mal. Son poids s'est élevé rapidement de 77 à 99 livres et s'est maintenu à ce chiffre. Il mange des aliments solides comme un homme sain ; en effet, il vit comme un homme qui n'est pas malade, mais il est porteur d'une tumeur ayant les dimensions d'un double poing.

Au point de vue étiologique, il est intéressant de voir que cette tumeur s'est greffée sur un ulcère. Le malade s'était plaint depuis plusieurs années de cardialgie sans qu'il ait eu de tumeur ; il avait à ce moment de l'hyperchlorhydrie. Depuis un an on remarqua qu'il avait une tumeur grosse comme le poing d'un enfant : l'hyperacidité persistait. Le professeur Ewald et le médecin traitant, le Dr Scheick, avaient posé le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

Les symptômes étaient ceux du rétrécissement pylorique : dilatation de l'estomac, vomissements, cachexie, la fin semblait prochaine. Sous le chloroforme, la tumeur était un peu mobile et avait la grosseur d'un poing d'enfant ; cependant, comme dans tous ces cas on hésitait entre la résection du pylore et la gastro-entérostomie. En effet, la laparotomie montra que la moitié de la paroi antérieure de l'estomac était couverte de nodules cancéreux et que les ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux étaient infiltrés. La gastro-entérostomie était donc indiquée

Je la pratiquai suivant la méthode de von Hacker. Je recherchai, suivant la méthode de Hahn, une anse élevée du jéjunum, je la fis passer au travers du méso-côlon perforé dans un endroit avasculaire et je l'insérai à la paroi antérieure de l'estomac environ à trois travers de doigt du néoplasme. Cette méthode a sur celle de von Hacker cet avantage d'opérer en dehors du péritoine. Le jéjunum fut isolé au moyen de fils de soie, et l'estomac fut maintenu par les doigts d'un assistant. Les dimensions des ouvertures étaient de 4 à 5 centimètres. On pratique d'abord la suture séreuse postérieure, puis une suture circulaire muqueuse, après avoir ouvert les lumières des deux viscères, puis on établit la suture séreuse antérieure. Le tout fut fait à la soie. J'ai cherché à éviter la formation d'un éperon qui a été cause d'une série de morts, en fixant à l'estomac par un ou deux points de suture le bout supérieur aussi bien que le bout inférieur et un peu plus haut que la fistule gastro-intestinale.

En fixant ainsi les deux bouts j'avais mes raisons, car, malgré toutes les précautions il y a eu même entre les mains d'opérateurs distingués, confusion du bout supérieur et du bout inférieur et on a vu aussi qu'au point de vue des mouvements du contenu stomacal, il est indifférent que le bout supérieur ou inférieur soit placé dans le sens du mouvement péristaltique, seulement dans le cas où l'orifice fistuleux est suffisant. Cette modification n'apporte point de retard à l'exécution de l'opération. Elle est également préférable à l'établissement oblique de la fistule, précisément à cause de l'incertitude des mouvements péristaltiques de l'intestin. Lorsque la fistule insérée obliquement est établie à tort elle répond au but contraire que l'on se propose.

Les suites de l'opération ont été simples : collapsus profond, point de fièvre ni de symptômes péritonéaux. Les premiers jours il y eut quelques régurgitations fétides provoquées sans doute par la réaction inflammatoire de la fistule. La deuxième semaine il prit des aliments solides. Il quitte l'hôpital le quatorzième jour. Digestion normale. Jusqu'aujourd'hui il a augmenté de 11 kilogr. Depuis huit jours

sensation de plénitude et douleur sensible à la pression au niveau de la région de l'estomac. La tumeur a augmenté depuis l'opération et a atteint le volume d'un double poing d'adulte. Nous avons pensé que l'infiltration cancéreuse a envahi la fistule. On peut prévenir cet accident en établissant la fistule à un endroit plus éloigné des limites de la tumeur. Mais ici encore il y a des limites, car en établissant la fistule très près de la grande courbure, on abrège trop la durée de la digestion stomacale.

Observation CXXI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE AU MOYEN DE PLAQUES DE CHOU-NAVET. —
CARCINOME DU PYLORE. — SUCCÈS

ROMAN VON BARAÇZ, *Centralb. f. Chirurgie*, 1892, n° 27.

Jean Lewicki, architecte à Tarnapol ; 60 ans ; autrefois bien portant, se plaint de maux d'estomac depuis huit mois, ainsi que de maux de cœur et de vomissements marc de café survenant une demi-heure après les repas, et de constipation. Le malade remarque en même temps qu'il était porteur d'une tumeur siégeant dans la région ombilicale. Les fécès étaient colorés en brun.

L'examen pratiqué le 7 mai 1892 donna les renseignements suivants : anémie extrême, faciès décoloré ; la constitution est bonne, cependant le malade se nourrit mal. Abdomen excavé, la région stomacale est légèrement distendue. Dans la position horizontale, on voit que la région ombilicale est saillante. La palpation fait découvrir en cette région une tumeur ayant la dimension d'un œuf d'oie. La surface est bosselée, dure et mobile en tous sens, et située parallèlement à l'axe de l'estomac. Les ganglions inguinaux mésentériques et supra-claviculaires ne sont point hypertrophiés. Le pouls est irrégulier sans qu'on puisse découvrir de lésion valvulaire bien évidente. Les organes de la région thoracique sont sains. On donne la veille de l'opération

de l'huile de ricin, et immédiatement avant l'opération on pratique un lavage d'estomac au moyen d'eau boriquée chaude.

Je pratiquai l'opération le 7 mai 1892.

L'incision de l'abdomen sur la ligne blanche avait 12 centimètres et commençait à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic et se terminait environ 3 centimètres au-dessous de lui. Après introduction de la main dans l'abdomen, on s'aperçut que la tumeur, quoique mobile, comprenait non seulement la région du pylore, mais encore une grande partie de la paroi postérieure de l'estomac. La tumeur était très dure et était plus grosse qu'un œuf d'oie. Considérant les dimensions de la tumeur et la grande faiblesse du malade, la gastro-entérostomie paraissait indiquée, ce qui fut fait.

On attire à soi le grand épiploon et le côlon transverse très rétrécis dans le cas actuel; on tend le méso-côlon transverse, on recherche le pli duodéno-jujénal ainsi que le duodénum, et on choisit à 50 centimètres plus bas une anse qui doit servir à l'anastomose de l'estomac. On plaça le jéjunum de telle façon que le bout inférieur était dirigé à droite. (Position recommandée par Rockwitz.)

Je recherchai ensuite une portion peu vascularisée de la paroi antérieure de l'estomac. J'incisai ensuite à travers les doigts de l'assistant et à 5 centimètres au-delà des limites du carcinome, j'incisai la paroi stomacale parallèlement à son grand axe. J'introduisis dans la plaie stomacale, qui avait 3 centimètres, une rondelle de chou-navet. Les dimensions de la rondelle étaient : épaisseur, 0 cent. 5; longueur, 7 cent. 5; largeur, 3 cent. 5. L'ouverture centrale avait 3 centimètres de long et $\frac{3}{4}$ de centimètre de large. La plaie de l'estomac était un peu plus étroite que la largeur de la rondelle, cependant je suis parvenu facilement par la compression à l'introduire dans sa largeur. Je fixai la rondelle dans l'estomac en tirant les fils, puis je bordai la plaie de l'abdomen circulairement au moyen d'une suture de Kurschner fixée au catgut. Je réunis ensuite la muqueuse de l'estomac à la séreuse de ce même viscère. Je conduisis alors mes sutures de

renforcement des rondelles, à travers toute l'épaisseur de la paroi stomacale et de chaque côté des plaies de l'estomac. Ensuite je confiai la plaie stomacale à mon assistant; je formai un pli horizontal dans le jéjunum, toujours maintenu dans la position de Rockwitz, je l'incisai suivant son axe longitudinal sur une longueur de 3 centimètres, j'introduisis dans l'intestin une deuxième rondelle de chou-navet correspondant exactement à la première, et je la fixai dans la plaie.

Je scarifiai ensuite au moyen d'un scalpel la séreuse de l'intestin et de l'estomac et je fis une suture de Kürschner sur les séreuses sur les bords internes des rondelles qui se touchèrent. L'assistant rapprocha ensuite les surfaces des rondelles. Je nouai d'abord les sutures de fixation internes des rondelles placées en regard l'une de l'autre, puis les sutures des bords, puis enfin les sutures de fixation externes. Au moment de serrer les dernières parois de suture, je repoussai les bords de la séreuse vers en dedans au moyen d'une sonde. On sectionna ensuite les extrémités des sutures des rondelles, et elles furent glissées entre les surfaces séreuses. On plaça ensuite sur les bords correspondants de la séreuse et au bord antérieur des rondelles, une suture de Kürschner, ce qui donna un accollement parfait des deux séreuses.

On nettoie avec soin la région de l'anastomose, on replace le jéjunum et l'estomac dans la cavité abdominale que l'on ferme au moyen d'un surjet profond et d'une suture de Kürschner. — Durée de l'opération à peine trois quarts d'heure.

Après l'opération, collapsus profond que l'on fait disparaître au moyen d'injections d'éther. — A l'intérieur tra-opii; lavements alimentaires au lait, bouillon, cognac, trois fois par jour et durant cinq jours. La soif est calmée au moyen de pilules de glace. Suites de l'opération normales, point de fièvre. La température ne dépasse jamais 37°,5. Plus de vomissements. Deux jours après l'opération, première selle. Le 9 mai, le malade prend des aliments liquides, puis semi-liquides le 13 mai, il prend une nourriture solide. On supprime les

points de suture profonds le 13 mai et les points superficiels le 20 mai.

Le 13 mai, c'est-à-dire six jours après l'opération, on trouve dans les selles semi-liquides, quelques morceaux de chou-navet incomplètement digérés. Le 14 mai, on trouva un morceau plus gros d'une rondelle non digérée, presque une demi-rondelle. Les morceaux étaient très mous et semblables à de la carotte cuite.

Nous avons appris que le malade se porte bien jusqu'à présent 30 juin.

Observation CXXII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE AU MOYEN DE PLAQUES DE CHOU-NAVET — SUCCÈS

HEIGL, Rapporté par Roman von Baraez, *Langenbeck's, Archiv.*, t. XLIV, 1892, p. 531.

Le 20 juillet 1892, Heigl pratiqua une gastro-entérostomie en se servant du procédé de Roman von Baracz (plaques de chou-navet). Le malade se trouva bien deux jours après l'opération et il est encore en vie à l'heure actuelle.

Observation CXXIII

RIBAS PERDIGO, *Gaceta medica catalana*, octobre 1892, n° 367.

Homme qui fit une chute sur la région épigastrique. Rétrécissement du pylore consécutif. Il pratique une gastro-entérostomie; les suites opératoires sont plus bénignes. Les suites éloignées sont excellentes, tous les symptômes précités ayant disparu au complet.

Observation CXXIV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MORT HUIT HEURES APRÈS.

RANSOHOFF et WHITTAKER, *Cincinnati Acad. of. Medecine*, nov. 1884. Rapporté dans la Thèse de Matignon, Bordeaux, 1892. Observation VII.

Homme de 34 ans, ne souffrant que depuis une année de troubles gastriques. A son entrée à l'hôpital, le symptôme le plus marqué est le vomissement. La douleur est peu intense et disparaît quand l'estomac

est vide. On ne peut découvrir la tumeur et on pensa à un rétrécissement du pylore. Les vomissements ne cessant pas même après des lavages de l'estomac faits pendant une semaine, on se décida pour une opération. La laparotomie faite, on trouva une tumeur de deux pouces de long englobant toute la circonférence du pylore et qu'on n'avait pu reconnaître pendant la vie, cachée qu'elle était par la surface du foie. Ransohoff se décida à faire une gastro-entérostomie en abouchant à la paroi antérieure de l'estomac une anse intestinale prise à 8 ou 10 pouces de l'extrémité du duodénum. Mort 8 heures après l'opération.

Observation CXXV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — GUÉRISON OPÉRATOIRE.

Arthur BARKER, *British méd. Journal*, 1881, p. 1062.

Publie un cas de gastro-jéjunostomie suivi d'une guérison opératoire. Il s'agissait d'une petite tumeur mobile, pour le diagnostic de laquelle on hésite entre un cancer mobile du pylore ou un rein déplacé. La femme a 37 ans, et après la laparotomie on trouve des ganglions dégénérés. Barker se décida alors pour la gastro-entérostomie. Quelques vomissements fécaloïdes les jours suivants.

Observation CXXVI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CANCER DU PYLORE. — MORT TRENTE HEURES APRÈS.

Thomas MORSE, *British. Méd. Journal*, mars 1886, p. 488. Rapportée dans la Thèse du Dr Matignon, Th. de Bordeaux, 1892. Obs. XIX, p. 119.

Femme de 65 ans, vigoureuse, prise de vomissements depuis quelques semaines et présentant dans la région pylorique une tumeur mobile, indolente. L'estomac était manifestement dilaté.

Incision oblique de haut en bas et de gauche à droite à un pouce au-dessus de l'ombilic. La tumeur correspond nettement au pylore et se termine à l'origine du duodénum. Pas d'infiltration ni d'adhérences

péritonéales, mais petits nodules cancéreux sur l'estomac. Morse se borne à faire communiquer l'estomac avec le jéjunum. Il place sept sutures sur l'estomac puis fait une incision par laquelle il vide le contenu et lave les parois du ventricule. Une semblable incision est faite au jéjunum et les deux plaies juxtaposées sont mises en contact suivant la méthode de Czerny. L'opération dure une heure 35 minutes. Mort sans péritonite dans le collapsus trente heures après.

Observation CXXVII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POUR RÉTRÉCISSEMENT CANCEREUX DU PYLORE. —
MORT LE TRENTE-UNIÈME JOUR.

LANGE, *New-York, Surgical Society*, 23 mai 1885. — Résumée dans le
The New-York Méd. Journal, 1885.

E. F..., âgée de 52 ans, était admise au German Hospital le 21 janvier 1888. — Depuis deux mois elle se plaignait d'indigestion, de vomissements, de douleurs d'estomac. Dix jours avant son admission, la douleur ne présentait rien d'exagéré. La malade avait un aspect nettement cachexique, était très anémiée, avait maigri. Son estomac dilaté était tellement abaissé, que sa grande courbure était placée bien au-dessous de l'ombilic. En l'examinant on trouvait une large tumeur dans la région du pylore, de nature cancéreuse. La gastro-entérostomie fut faite le 4 février, une ouverture fut établie entre l'intestin et l'estomac et les orifices maintenus adjacents par des sutures unissant d'une part les membranes muqueuses, de l'autre les séreuses. La malade après avoir eu un léger soulagement, mourut le trente-unième jour, d'une perforation de la paroi postérieure de l'estomac au niveau d'une ulcération cancéreuse, mais l'autopsie permit de constater que l'ouverture faite entre l'estomac et l'intestin était assez grande pour admettre le pouce et que l'union était parfaite entre les organes.

Observation CXXVIII

LEES, *Royal and. Chirurgical Society*, mai 1889.

A fait une gastro-entérostomie sur un cancéreux très cachectique. L'opéré a survécu pendant dix semaines.

Observation CXXIX

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — PLAQUES DE SENN. — MORT LE SEPTIÈME JOUR.

WILLY MEYER, *New-York Surgical Society*, 27 mars 1889. — *New-York Medical Journal*, 22 juin 1889.

Homme de 52 ans, chez qui la gastro-entérostomie est pratiquée avec des plaques de Senn à défaut d'anneaux d'Abbe.

Le sujet alla bien les quatre premiers jours ; lavements nutritifs et opium ; dans la sixième nuit, délire ; le patient défait son pansement et sépare les lèvres de la plaie abdominale. Il mourut le lendemain. Meyer croit que le délire est dû à la résorption de l'iodoforme qui avait été placé sur les sutures intestinales. L'autopsie montra une adhérence solide entre l'estomac et l'intestin.

Observation CXXX

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MÉTHODE DE SENN. — GUÉRISON.

WILL KLARK, *British Medical Journal*, nov. 1889.

Homme âgé de 48 ans, tumeur mobile du pylore. Incision médiane. La recherche du jéjunum est assez difficile. Isolement de la tumeur au moyen de deux ligatures temporaires avec drains de caoutchouc. Incision de la grande courbure et du jéjunum, introduction des deux plaques de Senn. La suture est complétée par celle de l'épiploon.

Guérison rapide en un mois.

Observation CXXXI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POUR CANCER DU PYLORE. — MORT PAR SYNCOPE DEUX MOIS ET DEMI APRÈS.

H.-W. PAGE, *Medico-Chirurg.*, Transactions LXXVII. 1889.

Homme de 48 ans, atteint de cancer du pylore très limité et très mobile, mais ayant déterminé une dilatation gastrique considérable et des vomissements ; on décide l'opération et on soumet le malade à des

lavages gastriques antiseptiques préalables. Incision médiane sus-ombilicale. On tombe sur une tumeur impliquant tout le pylore et un pouce de la grande courbure. Les ganglions rétro-gastriques sont envahis et on ne peut songer à la résection du pylore ; la gastro-entérostomie est décidée. Il y a eu de grandes difficultés pour attirer l'estomac au-dehors de la plaie et pour choisir l'anse intestinale destinée à être mise en contact avec l'estomac. Une incision d'un pouce et quart de longueur fut faite sur l'estomac et sur l'anse intestinale, à travers la tunique séreuse et musculuse exclusivement. L'estomac ne donna point de sang, mais l'intestin saigna énormément, ce qui nécessita des ligatures et allongea beaucoup l'opération. Après avoir suturé les bords postérieurs des tuniques gastro-intestinales sectionnées, l'estomac fut ouvert d'un coup de ciseau, ce qui donna lieu à une nouvelle hémorrhagie profuse et nécessita des ligatures. Les lèvres antérieures des plaies furent alors suturées et le tout consolidé avec une série de points de Lembert.

Durée : 3 h. 40'. Survie : 10 semaines. — Mort survint brusquement par syncope.

Observations CXXXII à CXXXVII

Bernays, de Saint-Louis (Missouri), a mentionné au Congrès de Berlin de 1890, six gastro-entérostomies. Les mauvais résultats obtenus lui ont fait abandonner cette opération. Il lui préfère le curettage du pylore cancéreux.

Observation CXXXVIII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POUR STÉNOSE PYLORIQUE A LA SUITE D'ULCÈRE.

WEIR, *Medical Record*, 3 janvier 1890, p. 221.

Le Dr Dana a présenté un homme chez lequel Weir a pratiqué la gastro-entérostomie pour sténose du pylore. Il s'est servi d'anneaux de catgut pour réunir l'intestin à l'estomac. Le malade avait gagné

neuf livres et demie pendant les quatre semaines écoulées depuis l'opération, et le D^r Dana témoigne des progrès généraux et de la disparition des douleurs antérieures. Le malade partageait maintenant les plats communs sans difficulté.

Le malade avait présenté pendant environ quatre années les symptômes de l'ulcère gastrique, de dilatation et de sténose pylorique. Il avait éprouvé de grandes douleurs, de fréquents vomissements et de la constipation. Le diagnostic avait été : sténose pylorique cicatricielle à la suite d'ulcère de l'estomac.

Observation CXXXIX

GASTRO-ENTÉROSTOMIE COMBINÉE A LA PYLORECTOMIE. — MORT CINQUANTE SIX HEURES APRÈS L'OPÉRATION.

W. TUHOLSKE, *The Medical News* 10 May, 1890.

Homme âgé de 30 ans ; point d'antécédents héréditaires. Contracta la syphilis il y a deux mois. Les premiers symptômes du côté de l'estomac débutèrent en 1889. Vomissements ; douleurs survenant par intervalles. Le traitement médical resta sans résultat. Le malade mesurait six pieds deux pouces ; il pesait 118 livres. Amaigrissement extrême ; rien du côté du cœur ni du côté du foie. La grande courbure de l'estomac descendait jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et empiétait jusque sur la moitié gauche de l'hypocondre. Mouvements péristaltiques visibles à travers la paroi. Point de ganglions, point de tumeur. Plus tard, on perçut une tumeur située dans l'hypocondre droit.

Incision de 0^m 04 de long passant au-dessus de la tumeur. Cette incision siégeait à droite de l'ombilic, sur une ligne imaginaire partant du milieu du ligament de Poupart et allant jusqu'à la 9^e côte droite. On ouvre le péritoine et on assure l'hémostase. La tumeur fut trouvée siégeant sur le pylore, ayant quelques adhérences lâches elle avait la grosseur d'une noix. Prenant en considération l'état de faiblesse du

malade, je me proposai d'abord de faire la gastro-entérostomie, mais comme le malade supporta bien l'opération, je fis encore la résection du pylore. La gastro-entérostomie, pratiquée suivant la méthode de Senn, fut pratiquée en peu de temps. L'introduction des plaques de Senn, marque une ère nouvelle dans la chirurgie de l'abdomen. Cette invention est heureuse et elle est excessivement simple. Mais il existe une difficulté, c'est de se procurer, au moment du besoin, des plaques de dimension voulue. Cette difficulté a été levée par l'invention ingénieuse des anneaux de Brokaw (*The Medical News*, décembre 1885). J'attirai alors l'estomac, je l'entourai de compresses chaudes, puis je trouvai sans difficulté la partie supérieure du jéjunum ; je l'approchai de la partie médiane de la grande courbure de l'estomac, environ à trois pouces au-dessus et je plaçai les clamps en position. Je fis ensuite une incision de 1 centimètre de long sur l'intestin, je comprimai le segment intestinal sur une surface de deux pouces de long ; j'introduisis l'anneau dans l'intestin et je passai les aiguilles armées de leurs fils. On procéda de même pour l'estomac après avoir pratiqué une incision à l'endroit précité. J'assurai l'ouverture de l'estomac et de l'intestin par des points séparés et je compléai l'anastomose en ajoutant huit points de Lembert.

Le second temps, c'est-à-dire la pylorectomie, fut simple. Le malade eut plusieurs syncopes pendant l'opération. L'opération dura 1 h. 45 minutes. Le malade se remit du shock opératoire, il ne vomit plus, l'intelligence redevint nette. Il se plaignit de fortes douleurs durant tout le premier jour, on le soulagea au moyen de lavements d'eau tiède. Pendant la nuit, la faiblesse augmenta et il mourut 56 heures après l'opération. L'autopsie démontre qu'on avait eu affaire à un épithélioma.

Observation CXL

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — SUCCÈS.

British Medical Journal, 30 août 1890.

Un nouveau cas de gastro-entérostomie se présente actuellement

à l'hôpital de Leeds. ce qui fait la deuxième opération faite avec succès dans les trois derniers mois. Les deux opérations ont été pratiquées pour cancer du pylore, et dans les deux cas, la méthode de Senn a été employée.

Observation CXLi

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MÉTHODE DE SENN. — MORT LE JOUR DE
L'OPÉRATION

GEORGES BEATSON, *The Lancet*, 11 octobre 1890. Vol. II, p. 761 à 764.

Mineur de 45 ans, souffrait depuis un an, n'avait pas eu de vomissements; amaigrissement extrême; en mars 1890, apparition à l'hypochondre droit d'une tumeur irrégulière, ovale, du volume d'un œuf de dinde, mobile. Dilatation de l'estomac. Se refuse à ce moment-là à une opération. Tumeur, douleur, amaigrissement ayant fait des progrès, ce malade revient le 26 mai pour se faire opérer.

L'opération fut pratiquée le 31 mai 1890, un samedi. Lavages de l'estomac la veille et le matin de l'opération. Incision allant de l'appendice xiphoïde au-dessous de l'ombilic. Estomac très dilaté. Beatson ne voulut faire aucune longue recherche pour atteindre une portion d'intestin rapprochée du duodénum. Il choisit celle qui parut pouvoir s'appliquer à l'estomac. Réunion avec des plaques de Senn et du catgut chromatisé. Ce temps de l'opération ne présente aucune difficulté. Deux sutures de Lembert furent placées à chaque extrémité des plaques pour prévenir leur déplacement. La nutrition fut assurée par des suppositoires peptonisés; petits fragments de glace par la bouche seulement. Le malade accuse un soulagement notable, il ne souffre plus. Le mardi matin l'état s'aggrave brusquement et il mourait à deux heures de l'après-midi.

L'autopsie fut incomplète, mais montra tout autour de l'orifice une couche épaisse de matière fibrineuse; les surfaces séreuses étaient assez solidement collées ensemble, les plaques d'os étaient réduites à l'épaisseur de l'ongle et brisées l'une et l'autre en morceaux dans

l'estomac et l'intestin. L'orifice artificiel admettait facilement l'index. Vu la solidité de l'anastomose gastro-intestinale, Beatson croit qu'on aurait pu de très bonne heure, donner la nourriture par la bouche.

Observation CXLII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MÉTHODE DE SENN. — MORT UN MOIS APRÈS
GEORGES BEATSON, *The Lancet*, 11 oct. 1890.

M^{me} S... âgée de 58 ans, souffre depuis le mois de novembre de l'année dernière dans la région épigastrique. Au mois de mars, se montrent des vomissements, d'abord tous les deux ou trois jours puis, tous les jours, et bientôt quelquefois deux fois par jour. Les vomissements survenaient sans effort, sans fatigue pour la malade. Au mois d'avril elle consulte un médecin qui lui dit qu'elle a une tumeur abdominale. Je la vis pour la première fois vers la fin de mai. Elle était très amaigrie, très faible, ne prenait que très peu de nourriture, vomissait très fréquemment. Je constatai l'existence d'une tumeur, en forme de boudin, verticale, longue d'environ trois pouces et demi, dont le milieu était au niveau de l'ombilic, mais à droite de lui, dure, séparée du foie par une zone de sonorité.

Le diagnostic posé est : tumeur du pylore. — Gastro-entérostomie le 4 juin.

Anesthésie par l'éther ; la gastro-entérostomie est faite au moyen des plaques d'os décalcifié, reliées par une soie fine. L'opération dure trois quarts d'heure.

La malade vomit une seule fois le soir de l'opération et ne vomit plus depuis. Dès qu'elle ne fut plus sous l'influence de l'anesthésique, trois gouttes d'eau-de-vie lui sont données, par la bouche, toutes les heures. Suppositoires nutritifs. Le lendemain, on commence à lui donner du lait, des peptones.

Chaque fois on augmente la dose d'aliments ; à la fin de la première semaine, toutes les craintes avaient disparu. La malade était tout à fait

rétablie lorsqu'elle contracte au bout de quatre semaines, une congestion pulmonaire droite qui l'emporte au bout de trois jours.

L'autopsie montre que l'intestin était très intimement réuni à l'estomac par des adhérences très solides. Le pylore était complètement obstrué par le néoplasme qui à l'examen microscopique montra des cellules épithéliales en état de dégénérescence colloïde. L'orifice entre l'estomac et l'intestin était ovale, à bords réguliers et admettait tout juste l'extrémité de l'index. Les plaques d'os avaient tout à fait disparu, mais les sutures à la soie paraissaient intactes.

Observation CXLIII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — GUÉRISON

G.-E. ATKINSON, *Leeds and west riding. Med. and Surg. Society*, 10 octobre 1890, et *Brit. Med. Journal*, 1890.

Femme de 45 ans, souffrant depuis deux ans de sténose pylorique : douleurs, vomissements, amaigrissement. Elle avait perdu 15 kilogr. dans les deux derniers mois.

Opérée le 15 septembre. Plaques d'os décalcifié de Senn. Sutures à la soie. Durée de l'opération une demi-heure. Pas de shock. Alimentation par la bouche dès le troisième jour : mélange de lait et d'extrait de viande.

Quatre semaines après elle n'avait pas eu de vomissements. — A la même Société, dans une séance du 30 août, il avait été rapporté deux cas de gastro-entérostomie avec plaques de Senn. L'un deux remontait à 3 mois. Le sujet était bien remis.

Observation CXLIV

CANCER DU DUODÉNUM. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MORT QUATRE MOIS APRÈS L'OPÉRATION

STANFIELD, *Brit. méd. Journal*, 8 février 1890.

Homme de 53 ans. Douleurs après les repas. Pas de vomissements. Amaigrissement, cachexie cancéreuse avancée. La laparotomie

montra une tumeur dure, globuleuse, intéressant seulement le duodénum. Gastro-jéjunostomie. Durée une demi-heure. Plaques de Senn. Shock assez marqué. Injection d'éther. Le quatrième jour, le malade s'alimente par la bouche. Le pansement est enlevé 10 jours plus tard ; réunion par première intention.

Le malade se lève le vingt-quatrième jour. Il a gagné deux livres (poids anglais) en un mois.

Le 7 juin, Stanfield rapporte (*British Medical Journal*, p. 1556, 1890), que l'état de son malade est resté satisfaisant jusque 2 mois après l'opération. A ce moment il se plaignit d'une douleur presque constante au niveau de l'estomac, il ne prenait point de nourriture et mourut le 24 avril, c'est-à-dire 4 mois après l'opération.

L'autopsie montra que l'anastomose était bonne, mais l'ouverture était rétrécie. L'eau injectée dans l'estomac passait cependant à travers le pylore dans les intestins. La tumeur avait augmenté de volume et son centre était occupé par du pus. Le duodénum et le pancréas étaient englobés par la tumeur. Le foie était augmenté de volume et était parsemé de noyaux cancéreux, il était ramolli au centre. Rein droit normal ; rein gauche, capsule adhérente ; le bassin contenait une petite quantité de pus.

Observation CXLV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE AVEC EXCISION D'UNE PARTIE DE L'ESTOMAC. —
SUCCÈS.

W. T. BULL, *Brit. Méd. Journ.*, 1890, p. 1090.

M. W. T. Bull, médecin à New-York, a récemment pratiqué une forme un peu compliquée de la gastro-entérostomie sur une femme, âgée de 29 ans, souffrant du carcinome de la grande courbure et de la paroi postérieure de l'estomac. L'abdomen a été ouvert par une incision médiane, et les replis gastro-hépatiques et gastro-coliques, la tumeur, avec le pylore, un quart ou un tiers de l'extrémité pylorique de l'estomac, ont ensuite été enlevés. L'extrémité réséquée du duodé-

num a été suturée, de manière à former une poche, l'estomac traité de la même manière, et une anastomose fut établie avec le jéjunum près de son origine au moyen des anneaux de corde de boyau d'Abbe. L'opération a duré trois heures et demie. On craignait fortement une prostration à la fin de la deuxième heure, mais à la fin la malade s'est remise. Toute nourriture par la bouche fut supprimée jusqu'au quatrième jour. Aucun symptôme fâcheux ne fut observé ; le septième jour la température et le pouls étaient normaux ; des aliments liquides avaient été administrés à volonté, et les selles étaient spontanées. Les progrès de la malade étaient satisfaisants sous tous les rapports, et le douzième jour elle fut considérée comme hors de danger. C'est, dit-on, le troisième cas où la gastro-entérostomie a été pratiquée, après résection d'une grande portion de l'estomac.

Observation CXLVI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MÉTHODE DE SENN. — MORT LE CINQUIÈME JOUR

F. B. JESSET, *The Lancet*, 12 juillet 1890, p. 68.

V. V..., entre à l'hôpital le 12 février 1890 ; 61 ans, souffre d'un cancer de l'estomac. Le frère est mort de la même affection. A toujours eu une bonne santé. A porté pendant longtemps de lourds fardeaux qu'il appuyait sur l'abdomen.

En octobre 1889, une tumeur siégeant dans le côté gauche empiétant un peu sur l'hypochondre droit, attire son attention. En même temps se montrent des vomissements quotidiens ; souvent même deux fois par jour. Dilatation de l'estomac. Le malade souffrant beaucoup, les vomissements étant opiniâtres, Jesset pratiqua pour le soulager une gastro-entérostomie.

Le malade reçut dans les jours qui précédèrent l'opération, des lavements nutritifs. Lavages de l'estomac,

Incision oblique de la paroi abdominale. Emploi des plaques d'os décalcifié de Senn. A cause de la fixité de l'estomac, on eut de la

peine à bien affronter les plaques d'os. Cinq points de suture de Lembert furent employés pour consolider l'affrontement. Le malade meurt de faiblesse cinq jours après.

A l'autopsie : résorption de plaques et adhérences parfaites.

Observation CXLVII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MÉTHODE DE SENN. — GUÉRISON

J. B. JESSET, *The Lancet*, 12 juillet 1890.

A. C..., femme de 55 ans, entrée à l'hôpital le 14 février 1890. A toujours eu des troubles dyspeptiques. Flatulence. — Dilatation de l'estomac. Clapotement très net. Emploi des plaques d'os de Senn ; mais le catgut remplace les fils de soie. Le malade mange 9 jours après l'opération. Sort de l'hôpital un mois après.

Observation CXLVIII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POUR CARCINOME DU PYLORE. — PLAQUES DE SENN.

Obs. de STAMM, *The Medical News*, 1890, février 1, p. 112.

Une femme âgée de 63 ans se plaignait d'une douleur dans la région épigastrique depuis mars 1889. Le 6 juillet, elle vint à la clinique et on constata qu'elle portait une tumeur qu'elle avait remarquée depuis plus de trois semaines. À ce moment, la malade présentait les symptômes suivants : perte de l'appétit, éructations acides, dégoût pour la viande et affaiblissement progressif. Je fus frappé de l'aspect que cette femme présentait alors, en comparaison de l'état de santé où je l'ai trouvée en février ; elle pesait alors 197 livres. Aujourd'hui, elle pesait à peine 140 livres et avait un aspect cachectique. La tumeur qu'elle présentait était située entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic ; elle occupait le volume de deux travers de main, elle n'était point mobile. Après insufflation de l'estomac, la grande courbure descendait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La tumeur n'en fut pas déplacée,

les nodules étaient distincts et semblaient empiéter sur la petite courbure. Le foie débordait les côtes de deux travers de doigt. Après que l'estomac fut rempli de gaz avec le tube, j'injectai trois quarts de litre d'eau tiède d'après les indications de Naunyn. La tumeur fut plus appréciable à la palpation, mais n'en fut pas moins immobile. Ce qui me fit porter le diagnostic de tumeur du pylore envahissant la petite courbure.

Le 22 août, la malade se décida à subir l'opération. Le 23 août, on pratiqua un lavage d'estomac. Sur sa demande, on lui donna une demitasse de café noir à 4 heures du matin, le jour de l'opération, et on se proposa de lui laver l'estomac 6 heures après ; mais la malade refusa ce nouveau lavage, disant qu'elle préférerait ne pas être opérée plutôt que de subir un nouveau lavage. Je me proposai de faire soit la gastrentérostomie, soit l'opération de Bernays.

L'incision fut faite sur la ligne médiane là où l'estomac se présentait de lui-même. Le cancer siégeait sur la petite courbure, le pylore n'était plus qu'une masse rigide et il était adhérent au foie et au pancréas ; quantité de nodules cancéreux furent trouvés sur le foie et sur la face antérieure de l'estomac. J'introduisis ma main droite dans l'abdomen vers le bassin, et je saisis une anse que je croyais appartenir à la partie supérieure de l'iléon. Suivant la méthode de Nothnagel, je plaçai un grain de sel sur la séreuse pensant obtenir un mouvement péristaltique ascendant, qui dans mon cas me fit complètement défaut. Je dévidai donc l'intestin, et je tins entre mes doigts une portion d'anse intestinale jusqu'à ce que je sentis le mésentère devenir plus court, et je choisis cette partie pour y faire mon incision. Pour éviter que le contenu de l'intestin ne s'échappât, je fis passer sur une sonde et à travers le mésentère deux bandelettes de caoutchouc que j'arrêtai au moyen de pinces hémostatiques de Péan. Incision longitudinale d'un pouce et quart sur l'intestin, et introduction de la plaque d'os décalcifié. Après avoir placé deux sutures latérales sur l'intestin, je le fis tenir par un aide et j'incisai l'estomac sur le milieu de la grande cour-

bure et distante d'un pouce environ du grand épiploon. Le café noir que la malade avait pris sept heures avant, fut trouvé en même quantité et causa quelque retard dans l'opération puisqu'il fallut l'aspirer au moyen d'une seringue. Application d'une plaque de Senn dans l'estomac. On noue ensuite les fils et on ajuste les deux plaques, et on place 15 points de suture de renforcement.

La malade supporta bien l'opération, elle eut un léger collapsus. Les 36 premières heures elle rendit en quatre fois le reste du café noir. Le surlendemain, on pratique un lavage d'estomac qui se fit sans difficulté parce que l'on avait anesthésié son pharynx au moyen d'une solution de cocaïne. Ce lavage lui procure un soulagement complet. Température n'excéda jamais 37°7. Le quatrième jour elle eut une petite selle après lavement. Elle prenait tous les trois jours un lavement de Brandy et de lait peptonisé et un jaune d'œuf. Entre temps, elle s'alimentait par la bouche. Elle eut chaque jour une selle pendant cinq semaines. Son état fut satisfaisant pendant un mois ; la tumeur n'augmenta pas sensiblement de volume. Au bout de la quatrième semaine, la malade commença à vomir du mucus ; malgré cela, elle s'alimenta encore par la bouche jusqu'à la fin de la cinquième semaine. A cette époque, elle vécut de vin et d'eau. Le 4 octobre, elle mourut à la suite de cachexie progressive sans avoir présenté de grandes souffrances.

Autopsie le 5 octobre. — Après avoir relevé l'estomac, on voit que le foie et le pancréas sont dégénérés. Les portions anastomosées étaient un peu adhérentes à l'incision abdominale. L'ouverture artificielle admettait à peine l'introduction de l'index. La portion de l'intestin que j'avais choisie pour l'anastomose appartenait à la partie supérieure de ce viscère. On trouve la plaque d'os insérée à l'estomac, celle de l'intestin sans doute était absorbé, car on ne la trouve pas et elle n'était pas passée avec les matières. La vésicule biliaire contenait une grande quantité de bile qui n'avait occasionné aucun accident.

Observation CIL

PYLORECTOMIE ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE COMBINÉES POUR CARCINOME
DU PYLORE. — GUÉRISON.

BOWREMAN, JESSET, *The Lancet*, vol. II, 1891, 24 octobre.

Ellen G..., âgée de 38 ans, fut admise à l'hôpital de Brompton (Londres) le 24 juillet et opérée le 4 août.

Opération. — Deux coussins d'eau chaude furent mis sur la table d'opération et recouverts de draps de lit chauds; après que la malade y eut été placée, mon assistant lui administra de l'éther. Une incision longue de trois pouces fut pratiquée sur la ligne médiane depuis l'ombilic vers le haut à travers les parois abdominales, qui étaient tellement minces que le péritoine fut coupé directement; on saisit la tumeur du pylore et on l'amena facilement au dehors à travers la plaie; comme elle n'était pas adhérente aux organes voisins, je résolus de l'exciser. On entoura la tumeur d'une compresse phéniquée, je liai ensuite les vaisseaux qui longeaient la grande courbure et la petite courbure de l'estomac, un peu à gauche du point où je me proposais de faire la résection et, avec une paire de larges pinces, je fixai cette portion de l'estomac sur le côté duodénal de la section projetée. Je déchirai ensuite avec mon doigt le petit épiploon, et mon assistant maintenant l'estomac, je commençai à le couper en travers, entre ses doigts et la pince, avec des ciseaux, pinçant chaque vaisseau au fur et à mesure qu'il donnait. La tumeur et le pylore, étant ainsi séparés de l'estomac, je la laissai pendre hors de la plaie, et comme il y avait du liquide dans l'estomac, je le vidai et lavai soigneusement à l'aide d'un tube-siphon. On sutura ensuite les lèvres de la plaie stomacale au moyen d'une suture continue de catgut à l'acide chromique, suture passant à travers toutes les tuniques. Une seconde ligne de sutures placées au catgut fut passée à travers les enveloppes séreuses et musculaires à environ 1/8 de pouce des bords; les extrémités de chaque paire de ces sutures furent maintenues avec une pince. On plaça en tout neuf sutures: à

mesure que chacune était liée, on eut soin de bien affronter les bords de la plaie. Quand toutes ces sutures furent liées et que l'union semblait complète, et je replaçai l'estomac dans l'abdomen. Je jetai ensuite une ligature en caoutchouc, sur le duodénum à environ deux pouces du pylore, et je fixai cette portion du duodénum tout près de l'orifice pylorique au moyen d'une pince, et je le divisai entre la pince et la ligature élastique, laissant une portion du duodénum aussi grande que possible. Le pylore et la tumeur étaient alors libres excepté à leur point d'attache au grand épiploon. Je la transperçai avec de la soie de Chine n° 4, je la ligaturai de la même manière qu'un pédicule ovarien et j'enlevai la tumeur en coupant l'attache épiploïque avec des ciseaux. Le bout séparé du duodénum fut ensuite relié au moyen d'une suture continue de catgut à l'acide chromique, passant à travers toutes ses enveloppes, et d'une seconde rangée de sutures piquées de catgut à l'acide chromique n° 1 de la manière décrite plus haut, et je laissai retomber le viscère dans la cavité abdominale. On enleva la ligature du duodénum, on introduisit une éponge dans la cavité, et la première partie de l'opération fut ainsi terminée. Je poussai d'abord le côlon transverse et le grand épiploon vers la droite et passai dessus l'index de ma main droite, je saisis une anse du jéjunum tout près de son origine et je l'attirai hors de la plaie. L'estomac fut de nouveau attiré et on pratiqua une incision longue d'environ un pouce et demi, parallèlement à son grand axe et à un pouce de la grande courbure. On introduisit dans l'estomac une plaque d'os décalcifié, enfilée avec deux ligatures latérales de catgut à l'acide chromique et deux ligatures de soie longitudinales n° 1. Les ligatures latérales furent passées à travers toutes les enveloppes de l'estomac, à environ 1/8 de pouce du bord séparé. Je fis tenir les ligatures par un assistant, tandis que je me mis à introduire une plaque d'os semblable dans le jéjunum. Auparavant on avait jeté deux ligatures en gomme élastique, autour de l'intestin à une distance de quatre pouces et légèrement serrées. Une ouverture longitudinale d'environ un pouce et demi fut pratiquée à la surface convexe

du jéjunum entre les ligatures de gomme élastique, on y introduisit la plaque d'os, les sutures latérales en catgut traversèrent alors toutes les enveloppes de l'intestin. Les deux plaques furent maintenues exactement appliquées par les mains d'un assistant, tandis que je liai les chefs correspondants des deux plaques. Tandis que je liai la ligature supérieure, une portion considérable de membrane muqueuse vint faire hernie et fut remise avec difficulté en place ; je l'enlevai avec les ciseaux. On fit une rangée de sutures piquées (cinq en tout) le long des bords supérieurs de la plaque. L'éponge qui avait été placée dans la cavité laissée par la résection du pylore fut enlevée et la plaie abdominale fut fermée de la manière ordinaire avec des sutures de catgut à la soie ; la plaie fut pansée au sublimé.

La malade supporta très bien l'opération qui dura 1 h. 40. La portion de l'estomac et du pylore enlevée mesurait environ 6 pouces de long et 4 pouces d'en haut en bas à l'extrémité gastrique. Le 18 août les sutures furent enlevées.

Observation CL

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. --- MÉTHODE DE SENN. — MORT UN MOIS APRÈS L'OPÉRATION. — CACHEXIE.

BROWN DE LEEDS. (*The Lancet*, vol. I, 1891)

M. Brown de Leeds a fait une communication sur un cas de gastro-jéjunostomie. La malade, une femme âgée de 56 ans, avait souffert de dyspepsie pendant douze mois. Les vomissements avaient commencé et des douleurs aiguës suivaient l'introduction de la moindre quantité de liquide dans l'estomac. Il y existait une tuméfaction en forme de boudin à la droite de l'ombilic, et l'estomac était très dilaté. L'abdomen fut ouvert sur la ligne médiane, et on vit que la tumeur enveloppait le pylore et la première partie du duodénum. Une portion du jéjunum fut saisie et ouverte et une seconde ouverture fut faite dans la paroi antérieure de l'estomac et on introduisit des plaques de Senn dans la lumière des deux organes. La malade supporta bien

l'opération et la douleur disparut entièrement. Elle put facilement prendre des aliments liquides. Elle vécut quatre semaines après l'opération sans malaise et la douleur ne revint que quelques jours avant la mort, qui était due apparemment à l'extension que prenait le mal.

Observation CLI à CLIV

PYLORECTOMIE SUIVIE DE GASTRO-ENTÉROSTOMIE POUR CANCER DE L'ESTOMAC

W. T. Bull, *N.-York méd. journal*, p. 52, 10 janvier 1891.

HAYEM, *Revue des sciences médicales*.

Bull a pratiqué trois fois la pylorectomie avec gastro-entérostomie dans le cancer du pylore. L'opération a été simplifiée par l'usage des plaques de Senn. D'autre part l'auteur unit l'estomac au jéjunum, de telle sorte que le duodénum ne forme plus qu'un cul-de-sac.

Il vide l'estomac à l'aide de la pompe. Il fait l'incision médiane. Il ne place pas de pince sur l'estomac, ni sur l'intestin, qu'il fait saisir par un aide. La suture continue des muqueuses avec catgut est renforcée par des sutures interrompues.

Un des opérés est vivant. La perte des deux autres peut-être attribuée à des fautes de technique.

W. T. Bull.—Nouvelle observation dans le *British Med. Journal*, 10 mai 1892. Succès : sa tumeur n'était point un cancer.

Observation CLV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT
DEUX MOIS APRÈS. — CACHEXIE.

MAYO ROBSON, *The Lancet*, vol. I, 1891, p. 1140.

M^{lle} G..., âgée de 27 ans, fut opérée le 30 avril. Anesthésiée à l'éther; l'abdomen fut complètement nettoyé et aseptisé, l'estomac lavé avec une solution boriquée; incision sur la ligne médiane environ à deux pouces au-dessous du sternum jusqu'à l'ombilic. Le péritoine

ouvert, l'estomac vint faire saillie. On trouva que la tumeur siégeait à l'extrémité pylorique de l'estomac, et sur la première et la deuxième partie du duodénum, de sorte que la pylorectomie n'était pas possible. On résolut donc de pratiquer la gastro-entérostomie. On souleva le grand épiploon et on trouva facilement le jéjunum.

L'intestin fut saisi avec l'index et le pouce et vidé par expression ; on jette sur l'intestin une ligature élastique, qui est maintenue par une pince à force de pression. L'intestin fut non seulement vidé, mais fut rendu exsangue, de sorte qu'au moment où on l'ouvrit à l'endroit choisi, par une incision dans son axe longitudinal assez grande pour admettre la plaque d'os décalcifié, il n'y avait à craindre ni extravasation, ni hémorrhagie. Une plaque semblable fut introduite dans l'estomac. En liant les plaques ensemble, le jéjunum et l'estomac semblaient s'appliquer étroitement l'un contre l'autre ; mais pour maintenir mieux les organes, on employa six sutures de Lembert à la soie fine pour coudre les viscères ensemble, qui furent juste placées à l'extérieur des plaques d'os. Pour empêcher la formation d'un éperon on sutura l'intestin à l'estomac par une suture externe environ à un pouce de l'extrémité de la plaque. Il ne se produisit aucune souillure du péritoine pendant l'opération, et la blessure extérieure fut fermée de la manière ordinaire avec des sutures à la soie. La malade traîna jusqu'au 3 août où elle mourut d'inanition. Si cela avait été un simple cas de sténose, elle se serait probablement rétablie.

Observation CLVI

WEIR, *New-York chirurg. Society.* — Résumé dans le *New-York Medical Journal*, et Thèse Matignon, obs. XC.

Le docteur Meyer présente le cas d'un malade qu'il opéra pour une tumeur maligne de l'estomac. Après avoir fait une ouverture d'environ deux pouces et demi, il se servit des anneaux de catgut, en outre desquels il appliqua des sutures de Lembert. Quelques heures après l'opération, le malade fut pris de vomissements sanguins assez

abondants, qui, malgré les lavages de l'estomac, ne cessèrent pas et entraînèrent la mort le troisième jour. Les disques de catgut avaient parfaitement maintenu en place les surfaces opposées ; cela fut constaté à l'autopsie du malade.

Observation CLVII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — SUIVIE DE LA RÉSECTION DU PYLORE POUR
CANCER

R.-F. WEIR, *British Méd. Journal*, 10 janvier 1891, et *Revue des sciences médicales*, 1892.

Weir pense que la pylorectomie n'ayant fourni que de mauvais résultats, doit être reléguée parmi les procédés expérimentaux. Il critique les plaques de Senn et les anneaux d'Abbe.

Un homme de 41 ans, opéré par lui, pour un rétrécissement supposé fibreux du pylore, et ayant subi la gastro-entérostomie sans pylorectomie, a guéri rapidement et n'a cessé dès lors de jouir d'une bonne santé. Depuis 2 mois cependant il vomit. On peut attribuer le fait à l'engagement des organes à travers la paroi abdominale affaiblie (bien que l'opérateur ait pris toutes les précautions pour éviter une hernie) ou bien à la traction qu'exerce l'intestin, ou peut être même au rétrécissement du nouvel orifice gastro-intestinal.

Observation CLVIII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MÉTHODE DE SENN. — JÉJUNOSTOMIE. —
SUCCÈS

LARKIN, *The Lancet*, 1891 T. II, p. 72. *Centralb. f. Chirurgie*, n° 21, 1891.

Une femme âgée de 47 ans, amaigrie, souffrant depuis 6 mois de douleurs de l'estomac et dans ces derniers temps de vomissements extrêmes. On sent dans l'épigastre une tumeur mobile assez petite. Gastro-entérostomie le 22 mai 1891. La tumeur avait envahi presque tout l'estomac, et la partie saine de l'estomac était située au-dessous

du cardia et n'était distante à peine que de trois pouces de la grande courbure. Par suite de l'étendue si considérable de la néoformation sur l'estomac, et par suite de la situation élevée de la partie saine de l'estomac, l'intestin grêle ne peut être rapproché de l'estomac sans exercer une grande tension sur le viscère et sans comprimer le côlon transverse. On fit alors une ouverture dans la mésocolon transverse et dans le grand épiploon au-dessous de l'estomac ; on attira par cette ouverture l'intestin grêle, on l'approcha sans tension aucune de la partie saine de l'estomac ; on incisa l'estomac et l'intestin, on y introduisit les plaques de Senn et on sutura. La plaie fut guérie par première intention et le 16 juin 1891, la malade quitta l'hôpital, son état amélioré. Les vomissements avaient cessé après l'opération. Ils revinrent 8 semaines après et le 31 juillet, la malade revint à l'hôpital. On pratiqua le 4 août 1891, une jéjunostomie au moyen des plaques décalcifiées. Amélioration de l'état général et la malade quitte l'hôpital avec une fistule 13. août 1891.

Observation CLIX

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MÉTHODE DE SENN. — SUCCÈS

RENTON, *Médical Record*, 1891, p. 311.

Le docteur Renton a exposé un cas de gastro-entérostomie pour tumeur pylorique. La nature de la tumeur, qu'on supposait être maligne, n'a pas été déterminée, et a été laissée in situ. Le malade s'est bien rétabli en trois semaines, et maintenant, trois semaines après, il se porte bien et a engraisé.

L'auteur s'est servi de plaques de Senn.

Observation CLX

C. STUDSGAARD. — DEUX CAS DE GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Nord. méd. arkiv. 1889, n° 16, B, XXI et n° 27, p. 535, 1891.

1° *Gastro-entérostomie suivant la méthode Courvoisier. —
Mort sept heures après.*

Une femme 35 ans, souffrant de violentes douleurs et de vomissements répétés de l'estomac fortement.

Après la laparotomie on trouva une tumeur du pylore ayant la dimension du poing, immobile et adhérente au pancréas. On pratiqua la gastro-entérostomie de telle sorte que l'on fit passer une anse du jéjunum à partir de 20 centimètres du duodénum à travers une ouverture du ligament gastro-colique, d'après la méthode de Courvoisier.

On sutura cette anse à la partie antérieure de l'estomac bien au-dessus de la grande courbure.

Toutes les sutures purent se faire en dehors du péritoine. Durée de l'opération : 1 h. 1/2. La malade mourut 7 heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouva que l'opération avait été parfaitement exécutée.

2° *Gastro-entérostomie antérieure.* — *Succès.* — Femme de 23 ans, souffrant de violents maux d'estomac depuis un an et demi.

On trouva, à l'ouverture de l'abdomen, une tumeur du pylore, immobile, adhérente au pancréas et à la partie droite de la colonne vertébrale.

Une anse du jéjunum, assez éloignée du duodénum pour pouvoir être amenée sans tiraillement par-dessus le grand épiploon et le côlon transverse, fut soudée à la paroi antérieure de l'estomac, au niveau de la grande courbure, à 4 ou 5 centimètres de distance de la tumeur pylorique. Durée de l'opération : 2 heures. Suites de l'opération, sans incidents.

Disparition des douleurs après l'opération. La malade supporte la nourriture ordinaire, ne vomit plus et est encore en vie une demi année après l'opération.

Observation CLXII

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MÉTHODE DE SENN. — MORT LE TREIZIÈME JOUR.

KLARK, *Centralb. f. Chirurgie*, n° 21, 1892. — *British Med. Journal*, 11 avril 1892.

Femme âgée de 36 ans, souffrant depuis un an de maux d'estomac ;

vomissements et hématemèses. Vomissements presque continus quelques jours avant l'opération.

A la palpation, on sentait une tumeur dans la région pylorique et dans le voisinage de la ligne blanche, cette tumeur avait le volume d'une orange. L'estomac était petit.

Opération le 13 mai 1890. Gastro-entérostomie.

On trouve une tumeur dans la région du pylore, tumeur ayant de fortes adhérences avec le voisinage.

Après que l'on eut perforé le méso-côlon transverse (! ?) l'intestin grêle fut attiré au dehors, puis remis en place. Puis, à 1 centimètre au-dessus de la grande courbure et à la partie antérieure de l'estomac, on fit une ouverture ayant un centimètre de long. Puis on introduisit la plaque destinée à l'estomac et celle destinée à l'intestin. Impossibilité de rapprocher les deux plaques parce que l'estomac recroquevillé et englobé par les adhérences, ne se laisse pas attirer au dehors. On enlève alors la plaque de l'estomac, on suture la plaie intestinale au moyen d'une double rangée de sutures de Lembert, puis on fait une seconde incision dans la partie postérieure de l'estomac, on y introduit la plaque, on rapproche facilement et on noue facilement les deux plaques. — Suture de la paroi abdominale. — Lavements alimentaires.

Quatre jours après l'opération, vomissements assez fréquents. A partir du 10^e jour, vomissements continus jusqu'à la mort, qui eut lieu le 13^e jour après l'opération.

L'autopsie ne fut pas faite.

Observation CLXIII

GASTRO-JÉJUNOSTOMIE POUR CANCER PYLORIQUE : GUÉRISON.

A. PURCELL, *The Lancet*, Juin 1892, p. 1239.

F. M..., âgée de 44 ans, mariée et mère de deux enfants, a été admise à l'hospice le 3 mars 1892. La malade, une femme maigre, pesant environ 80 livres, souffre d'un cancer du pylore. Elle se plaint

de douleurs dans l'estomac et dans l'hypochondre droit ; les vomissements viennent à peu près deux heures après les repas , selles irrégulières ; ordinairement constipation, excréments sombres, avec traces de sang ; souffle systolique au cœur ; poumons sains ; urine alcaline, ne contient pas d'albumine. On sent distinctement une tumeur au-dessus du pylore, bosselée et mobile, s'étendant à droite de la ligne médiane. L'estomac est dilaté : clapotement stomacal très net. L'amaigrissement graduel, les vomissements constants, le manque ou la petite quantité des excréments, confirmaient le grave pronostic d'une mort prochaine par inanition et par épuisement. On décida d'explorer le pylore et, si c'était possible, de pratiquer la pylorectomie et la gastro-jéjunostomie au moyen des plaques d'os décalcifié de Senn. La malade consentit à la résection du pylore. Le 11 mars, on commença à laver tous les jours l'estomac au moyen d'un long tube. On recueillit, par les lavages, des débris d'aliments et du mucus ; on employa d'abord 1/8 de litre d'eau chaude, ensuite un huitième de litre contenant 2 0/0 de salicylate de soude, enfin de nouveau 1/8 de litre d'eau chaude pour enlever complètement le salicylate de soude. L'introduction du tube et le lavage ne causèrent à la malade ni malaise ni douleurs. Des lavements nutritifs furent administrés à la malade la nuit et le matin ; on lui donna du lait peptonisé et de l'extrait de bœuf. Ce traitement fut continué pendant neuf jours. Le 18 mars, la veille de l'opération, l'estomac ne fut pas lavé à cause de la faiblesse de la malade ; dans la nuit, les intestins furent vidés par un lavement d'eau et de savon. A 10 heures du soir, elle prit cinq onces de lait peptonisé.

19 mars. — Jour de l'opération. Rien n'a été administré par la bouche. A 7 heures du matin, on administra une injection de bouillon et, à 2 heures de l'après midi, juste avant le moment de la placer sur la table, on administra une once de bouillon et une once d'eau-de-vie par le rectum.

On se prépare pour la résection du pylore et pour la gastro-jéjunostomie, on prépare deux des plaques d'os décalcifié de Senn armées de

quatre longs fils, les deux extrêmes avec du fil de soie de Chine, les deux latéraux avec du fil de catgut à l'acide chromique, des aiguilles fines intestinales enfilées avec du catgut fin à l'acide chromique pour suturer ensemble les surfaces du péritoine. On plaça sur la table d'opération un matelas à eau chaude pour y coucher le malade. — Chloroformisation. — Il fut convenu qu'aussitôt que j'aurais terminé l'incision de la paroi abdominale et que j'aurais complètement exploré le pylore malade, on cesserait la chloroformisation. Durée de l'opération, 50 minutes; quantité de chloroforme employé, 6 drachmes; aucun malaise. Incision de quatre pouces sur la ligne médiane à partir de l'ombilic vers l'appendice xiphoïde. L'estomac se présenta très dilaté et le bord libre à droite était malade sur une longueur d'environ 4 pouces, le mal s'étendant sur le pylore et entourant le duodénum. Il était évident que la maladie s'étendait trop loin pour essayer la résection du pylore. Cette résection fut donc abandonnée et on procéda à la gastro-jéjunostomie. Le jéjunum fut donc cherché et trouvé bien bas au-dessus du bord du rein droit; on le fit sortir hors de la plaie abdominale. Sa direction vers le duodénum fut suivie jusqu'à ce qu'une partie, qui s'appliquait facilement à la paroi antérieure de l'estomac, fut choisie pour être suturée à l'estomac. On isole l'intestin sur une longueur d'environ quatre pouces entre deux ligatures rondes en gomme élastique. Ces ligatures furent légèrement serrées avec un nœud et saisies par une pince pour empêcher le glissement. La paroi antérieure de l'estomac fut attirée au dehors. On fait un pli vertical avec les doigts, en évitant les vaisseaux sanguins; incision de $\frac{3}{4}$ de pouce avec des ciseaux à travers les tuniques de l'estomac; la membrane muqueuse qui émergeait fut sectionnée, et on assura l'hémostase au moyen de quelques ligatures. Une des plaques d'os fut ensuite introduite à travers l'ouverture. Les fils latéraux du catgut à l'acide chromique enfilés dans des aiguilles furent passés à travers toutes les enveloppes de l'estomac et de dedans en dehors, à environ $\frac{1}{8}$ de pouce de l'extrémité de l'ouverture, et ne furent pas passés à travers les parois de l'intestin; les différents fils furent maintenus de façon à ne pas se croiser et ne pas s'entre-mêler.

On saisit alors la portion du jéjunum déjà isolée ; on fit sur lui un pli transversal, et on l'incisa longitudinalement de façon à ce que son ouverture corresponde à celle de l'estomac. La muqueuse émergente fut sectionnée, tous les vaisseaux liés ; la seconde plaque d'os fut introduite, et les différents fils disposés comme il est dit plus haut. Les fils furent maintenant tirés et mon assistant mit les plaques en apposition et les fixa à l'aide des deux mains ; les fils de catgut furent alors noués mais peu serrés ; on les lia en tirant les fils longitudinalement vers le bas entre les surfaces ; les fils de soie correspondants furent noués, ainsi que les fils de catgut ; on coupe à ras les extrémités de ces fils. Mon assistant tenant toujours les plaques d'os, je passai environ six sutures piquées (la suture piquée est une modification de la suture de Lembert par M. Halstead) autour du bord supérieur et des extrémités, maintenant ensemble les enveloppes péritonéales de l'estomac et de l'intestin ; on ne toucha pas au bord inférieur. Les ligatures rondes élastiques furent détachées de l'intestin. Il fut nécessaire d'éponger la cavité abdominale pour enlever un peu de liquide ascitique, le canal semblait parfaitement étanche. La plaie abdominale fut alors liée au moyen de ligatures de fil de soie, l'application du pansement au moyen d'une bande de flanelle compléta l'opération qui dura cinquante minutes. On avait perdu beaucoup de temps pour explorer le pylore. La malade avait chaud et sortit facilement de l'état anesthésique ; elle avait pris 6 drachmes de chloroforme.

Cette nuit, à cause de douleurs intenses, une injection hypodermique d'un sixième de grain de morphine fut faite dans le bras, après quoi la malade dormit pendant 1 h. 1/2. On lui administra une cuillerée d'eau tiède toutes les demi-heures ; on lui donna, en outre, quelques gouttes d'eau-de-vie plus tard dans la nuit. — 20 mars, deux cuillerées de lait peptonisé, avec la même quantité d'eau et quatre gouttelettes d'eau-de-vie toutes les heures ; peu de souffrances. — A dormi 3 heures ; urine (19 onces). La dose d'eau-de-vie fut portée à une once. — 24 mars, progrès sensible ; sommeil de 6 à 7 heures. Lait et eau

donnés à volonté, et aujourd'hui elle a eu un bouillon de mouton. Beaucoup d'urine ; pas de malaises, et peu de douleurs. — 25 mars, un lavement d'eau de savon pour évacuer l'intestin, on a donné des œufs, on a discontinué l'eau-de-vie. — 26 mars, dîner maigre, la malade mangea avec appétit. On enlève tous les points de suture. La plaie a bon aspect ; le premier pansement n'a pas été renouvelé. — 27 mars, transportée du quartier spécial au quartier général, elle est montée seule dans son lit, elle a commencé à prendre part aux repas ordinaires, sans malaise ou inconvénient. Température : 20 mars à 10 h. du matin est montée à 100 *F*. ou 37°7 centigrades ; le 22, à 10 heures du matin, normale, variations légères jusqu'au 26, où elle n'a plus été observée. Le poulx a toujours oscillé entre 86 et 80. La malade a meilleure mine, elle a engraisé. Renvoyée de l'hôpital le 14 avril.

Observations CLXIV à CLXXIV

Annal of the Universal medical Sciences de Sajous, 1892, vol. III.

William White, de Philadelphie, rapporte 10 cas de gastro-entérostomie qui ont donné 7 succès et trois morts.

Les succès sont dus : un cas à Breakhouse et Taylor de Nottingham (mars 1892) ; deux cas à Ramsey de St-Cloud (mai 1892) ; un cas à Renton de Glasgow (avril 1892) ; nous l'avons rapporté (obs. CLIX) ; un cas à J. B. Jesset de Brompton ; un cas à Rotter de Berlin. Les insuccès sont dus à Kilner Klark de Huddersfield, à C. Koch de Nuremberg (voy. obs. CXIX) et à Sainsburg de Londres.

Observation CLXXV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MORT PAR STERCORÉMIE

MAYO ROBSON, *Royal medical and Chirurgical Society de Londres*, 14 juin 1892.

Un malade atteint d'un rétrécissement du pylore subit avec succès le pyrolectomie, mais au bout de quelques mois le rétrécissement du

pylore reparut par suite de la rétraction de la cicatrice. On dut faire le gastro-entérostomie, mais le malade finit par succomber de stercorémie.

Observations CLXXVI à CLXXIX

J.-B. Jessét, à la suite d'une discussion sur la pylorectomie et la jéjunostomie soulevée par Mayo Robson, le 14 juin 1892, à la Société de médecine et de chirurgie, dit qu'il a fait 9 gastro-entérostomies, qui lui ont donné cinq succès.

Deux cas ont été rapportés plus haut.

Deux malades sont morts au bout de 6 mois. Un troisième est opéré depuis 9 mois.

Chez le quatrième, la guérison se maintient depuis deux ans.

Observations CLXXX à CLXLII

SENN, *Medical Record*, 7 et 14 nov. 1891.

Senn rapporte 13 cas de gastro-entérostomie faits d'après sa méthode ; 8 succès. Cependant parmi ces 8 succès, il y eut 4 morts, le 5^e, le 9^e, le 12^e, le 18^e jour, à la suite d'inanition, d'hémorrhagie, de pneumonie et de cachexie.

Observation CLXLIII

F.-C. Larkin, de Londres, pratique en juillet 1892, une gastro-entérostomie pour cancer du pylore, accompagné de douleurs et vomissements. Les symptômes ne tardèrent pas à se reproduire. Larkin les attribue à la propagation de la tumeur autour du nouvel orifice. J.-B. Jesset croit plutôt qu'ils sont imputables à un étranglement de l'intestin au niveau de la boutonnière méso-colique.

Observations CLXLIV à CLXLIX

1^{re} ROBINSON. — *Médic. News de Philadelphie*, 1891. — Gastro-entérostomie ; méthode de Senn.

2° FRANCK. — *New-American prat., Chicago* 1891. — Gastro-entérostomie.

3° JELSK. — *Transactions of Médical Society of Arkansas Little Rock*, 1888. — Gastro-entérostomie.

4° CARTER. — *Liverpool Med. and Chirurg. Journal*, 1890.

5° HESTER. — *Australian Med. Journal*, 1890.

6° MATAS. — *News Orleans Med. and Chirurg. Journal*, 1891.

Observation CC

CANCER DU PYLORE. — GASTRO-DUODENOSTOMIE. — GUÉRISON OPÉRATOIRE

M. PÉAN, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Femme de 50 ans. Mère morte d'un cancer de l'utérus. Débuts en novembre 1889. Douleurs intercostales du côté gauche. En avril 1890, elle est brusquement prise de douleurs violentes dans le flanc gauche, diarrhée abondante, pus fétide mêlé aux selles. Les douleurs devinrent très violentes. On pense tout d'abord à un abcès du foie ; mouvement fébrile, rapidité de la marche, brusquerie du début. Incision exploratrice oblique en bas et à gauche, partant du milieu de la huitième côte droite. La rate, la grande courbure de l'estomac, le côlon transverse, le petit lobe du foie sont intacts.

Le pylore, la première portion du duodénum et son épiploon sont cancéreux. La deuxième portion du duodénum est saine. Un lien élastique est appliqué sur la troisième portion du duodénum ; un autre sur l'estomac à 6 cent. du pylore. Pincés à demeure sur l'épiploon gastro-hépatique.

Trois rangées de points de suture : quatre points supérieurs et antérieurs sont noués. La petite tubérosité est alors incisée au-dessus du pylore. Lavage de l'estomac au sublimé. Les lèvres de l'incision stomacale sont attirées en bas, en faisant basculer la petite courbure au devant de la tumeur du pylore. On suture verticalement la lèvre anté-

rieure de l'incision sur la face antérieure du duodénum. On suture ensuite à 3 centimètres en avant et à droite, l'autre lèvre de l'incision en ayant soin de ne serrer que les points les plus élevés de la suture. On laisse quatre fils de soie libres à la partie inférieure de cette suture. Il est alors facile, en soulevant la partie moyenne de ces quatre anses de fil, d'introduire un bistouri dans le cul-de sac ainsi formé et de sectionner la face antérieure du duodénum entre les sutures. On introduit par cet orifice un tube d'os décalcifié qui fait communiquer la cavité de l'estomac avec l'ouverture duodénale. L'opération se termine rapidement, car il n'y a plus qu'à serrer les quatre anses des fils laissés libres. Le soir, la faiblesse est extrême ; les lavements nutritifs ne sont pas tolérés. Le lendemain, la malade garde les lavements nutritifs. Le troisième jour, on commence par lui faire prendre du lait et du bouillon par la bouche. Le huitième jour, elle se lève. Elle rentre chez elle le quinzième jour. Cinq mois après, l'affaiblissement recommence. La nutrition de nouveau se fait mal.

Observation CCI

CANCER DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MORT LE LENDEMAIN
Pozzi, *Bullet. et Mém. de la Société de Chirurgie*, séance du 17 juillet 1889.
t. XV, p. 586.

D^r âgé de 60 ans, entré le 25 octobre 1887 à la maison municipale de santé, service du D^r Lecorché, lit 18.

Antécédents. — Mère morte d'un cancer utérin. Cousin atteint en ce moment d'un cancer du pylore. A 17 ou 18 ans, fièvre typhoïde, puis accidents intermittents. Hémorrhoides en 1853, opérés un an après. En 1866 (en Egypte), phénomènes gastro-hépatiques. Début par crampes d'estomac violentes pendant un à deux jours. Puis vomissements de bile pendant huit jours. Hypertrophie du foie. Pas de jaunisse. Ces phénomènes cessent après l'application de cinquante sangsues. Trois mois après, rechute, douleurs violentes à l'épigastre, pas de vomissements, nouvelle application de sangsues à l'hypochondre droit et cessation en quelques jours des accidents. Pendant ces deux attaques, il n'a

été fait aucun examen des selles et des urines. En 1867 (en France), une seule atteinte du genre des précédentes, courte mais bien caractérisée. Crampes d'estomac et vomissements bilieux sans jaunisse. Durée, deux à trois heures.

Par la suite, de temps en temps, douleur à l'épigastre (et jamais à l'hypochondre droit).

Jusqu'en 1874, rien de spécial. Habite les pays chauds. Existence très dure, mais bien supportée, grâce au tempérament robuste du malade.

En 1874, arthrite du coude gauche, débutant brusquement un soir après dîner avec une violence extraordinaire. Gonflement énorme, mais pas de douleur vive. Cède peu à peu au traitement par l'appareil silicaté, mais ne permet point à l'article de recouvrer sa mobilité complète. Il compare ce phénomène à une arthrite blennorrhagique, sans en donner la moindre cause possible.

De temps en temps depuis, douleurs erratiques peu intenses. En 1876, retour des hémorroïdes opérées par l'injection d'alcool et guéries.

En 1884, syncope précédée par des étourdissements, de huit à dix jours auparavant. Cette syncope s'est produite au milieu de la nuit, au moment où il se levait pour soigner une personne de sa famille malade.

On lui ordonne de l'iodure qui provoque des maux d'estomac. Ceux-ci cèdent à un régime lacté suivi pendant quinze jours. Jusqu'en 1886, se porte bien.

Octobre 1886. — Sans raison il se met à prendre de l'iodure. Avec ce médicament, reviennent les maux d'estomac. C'est à proprement parler, à cette période, que débutent les commémoratifs.

Commémoratifs. — Il suit alors un régime simple : lait en boisson, eau de Vichy ; les pesanteurs d'estomac cèdent et reviennent-tout à tour. Les flatulences qui s'étaient montrées en même temps suivent la même marche. Il s'établit cependant un certain état de tolérance dû au peu d'acuité des phénomènes gastriques, et à partir de ce moment,

ce qui domine la situation morbide, c'est une émaciation progressive, non en rapport avec les troubles ressentis.

Notons cependant que le malade continue à mener une existence des plus fatigantes.

En 1887, au mois de janvier, accidents hépatiques ; douleurs comme autrefois en Egypte, pas de vomissements bilieux, pas de jaunisse, urines normales, acholie (selles argileuses pendant 2 mois).

Ensuite il ne mange presque plus, s'émacie beaucoup et la veille de l'entrée à Dubois second vomissement. Un troisième se produit au moment où il arrive dans le service.

Examen à son entrée, c'est-à-dire le 20 octobre : émaciation très marquée, teinte jaune paille, pas de cercle sénile, malgré son âge. Langue humide. Cœur normal, pointe dans le quatrième espace intercostal. Emphysème pulmonaire modéré, de temps en temps quelques râles disséminés dans les deux poumons.

Abdomen plat, non douloureux ; paroi amaigrie, molle, dépressible. Rénitence très profonde et très mal limitée à l'insertion du grand droit antérieur de l'abdomen, du côté droit. Rien à noter dans les autres organes. Pouls 88, régulier, artère dure. Régime : lait, bi-carbonate de soude, 3 grammes ; lavements de lait et de peptones, inhalations d'oxygène.

21 octobre. — Vomit une fois, prend à peine de lait.

22 octobre. — Dyspnée sans cause appréciable, éphémère d'ailleurs, sirop d'éther et ventouses.

23 octobre. — Vomissements moins abondants.

25 octobre. — Nouveaux vomissements moins abondants encore. Il est vrai qu'il prend fort peu de chose. Ce qu'il vomit c'est un peu de bile et de lait. Il n'a jamais vomi de sang ni de matières noirâtres. Urines normales peu abondantes.

26 octobre. — Hier soir. dans l'après-midi, état lipothymique passager.

27 octobre. — Ce matin estomac ballonné. Clapotement net ; pas de tumeur mieux appréciable que les autres jours.

28 octobre. — A vomi ce matin plein son vase de nuit, ce qui l'a beaucoup soulagé.

Les matières vomies, filtrées, n'ont donné aux divers réactifs aucun signe de la présence d'acide chlorhydrique.

29 octobre. — A vomi hier soir un demi-pot. Le soir, nouveau vomissement d'une égale abondance. Il n'avait rien pris depuis vingt-quatre heures. L'émaciation fait d'énormes progrès. La voix est tout à fait éteinte.

Le malade consulte alors M. Dujardin-Baumetz, qui lui prescrit alors divers remèdes, entre autres de l'évonymine. (M. Dujardin-Beaumetz aurait alors constaté la présence d'une tumeur qu'il n'aurait plus retrouvée ensuite).

Il y a quelques jours de calme, l'acholie cesse et est en même temps remplacée par de la polycholie pendant huit jours.

Mais bientôt reparaissent les pesanteurs et les renvois. Le malade fait alors usage de pepsine, pancréatine, charbon, craie, iodoforme, acide chlorhydrique, thé ; chaque essai réussit pendant quelques jours, puis reste sans effet. L'appétit cependant n'est point altéré, mais capricieux. Les selles restent régulières. Il est à noter à ce propos qu'habituellement sujet à la diarrhée depuis son séjour dans les pays chauds, il l'est beaucoup moins à dater du début des accidents gastriques.

De janvier à août, les troubles s'accroissent ; il prend de temps en temps (en juillet) de l'éther pour hâter les digestions, mais celles-ci deviennent de plus en plus difficiles.

En août, la dénutrition prend des proportions considérables. Pas de diminution dans le taux de l'urée.

Le poids qui était de 89 kilogr. en 1886 tombe à 70 kilogr. en août 1887.

Pendant ce mois, le malade perd 1 kilogr. et demi à 2 kilogr. par semaine, quoique s'alimentant toujours. A la fin d'août le poids est

tombé à 62 kilogr. A ce moment les aliments qui « passaient » difficilement occasionnaient une grande gêne par cela même au malade ; amélioration momentanée par l'usage de la bière.

Le D^r Leroy est alors appelé et conseille le repos absolu avec potages au lait et phosphate de chaux. Pendant huit jours, mieux sensible, puis retour progressif de la pesanteur et des renvois. L'alimentation devient de plus en plus difficile, et au commencement d'octobre premiers vomissements (humeurs et bile).

Toujours dans la journée des mouvements de faiblesse des plus marqués. Le malade, qui a entendu parler de la gastro-entérostomie, la réclame comme pouvant prolonger sa vie ; il se sent littéralement mourir de faim. On se décide, sur sa demande instante, à l'opérer, quoique l'état général du sujet ne laisse visiblement que des chances très faibles de survivre.

Opération le 30 octobre, avec l'assistance du D^r Horteloup. — L'estomac a été lavé avec soin le matin, jusqu'à ce que l'eau ressortît pure. Le malade est endormi facilement ; il est d'une extrême faiblesse ; Le poulx est parfois à peine sensible. Antiseptie soigneuse. Pas de spray dirigé sur l'abdomen, mais pulvérisation phéniquée éloignée pour saturer l'atmosphère de la chambre, maintenue à 25°.

L'incision est d'abord exploratrice, car la tumeur, même après l'anesthésie, ne peut pas nettement être sentie. On incise franchement de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. La main étant introduite, on arrive sur l'estomac, très rétracté vers la colonne vertébrale et dont toute la petite courbure et la région pylorique sont occupées par une tumeur du volume d'une orange, piriforme, à petite extrémité dirigée vers le duodénum. La capacité de l'estomac est considérablement réduite, tant par la présence de cette tumeur que par la rétraction des parois de l'organe dans la portion restée saine. Un aide le soulève en le saisissant d'une main et de l'autre attire le côlon transverse pour tendre son méso-côlon. Il abaisse l'estomac sur ce repli de manière à ce que la face postérieure de la grande courbure vienne s'appliquer contre la

face supérieure du méso-côlon. M. Pozzi recherche alors l'anse intestinale libre, immédiatement au-delà de la portion fixe du duodénum, l'attire sur une compresse-éponge et la lie inférieurement après avoir passé par transfixion, avec une pince dans son mésentère, une lanière de gaz iodoformée. (Cette manœuvre a pour but d'éviter le reflux ascendant des matières quand on aura pratiqué une ouverture à cette anse). Le chirurgien incise alors le milieu de l'anse à peu près suivant son axe longitudinal, quoique un peu obliquement d'avant en arrière, dans une étendue de 6 centimètres environ. Auparavant, avec une pince à disséquer à mors pointus, il a éraillé le méso-côlon transverse au niveau du point où l'aide le maintient tangent à la face supérieure de l'estomac. Cette dilacération du méso-côlon s'opère très facilement et met à découvert une partie de la grande courbure stomacale à travers une fenêtre ouverte ainsi dans l'arrière-cavité des épiploons. Une incision semblable à celle de l'intestin est faite sur l'estomac. Un fil de soie est passé dans les extrémités voisines de ces deux boutonnières et les réunit. Il est confié à un aide et servira d'agent de fixation pendant le reste de la suture. Celle-ci est faite progressivement, à points séparés, avec de la soie très fine et des aiguilles rondes de couturière. On affronte minutieusement les bords de la plaie intestinale, à ceux de la plaie stomacale, en ayant soin de ne comprendre dans les anses de fil que la séreuse et la musculuse, et rejetant la muqueuse vers l'intérieur. Dans la première partie de la suture, les nœuds sont noués du côté de la cavité, dans la dernière partie, vers l'extérieur. Une soixantaine de points sont ainsi appliqués; les chefs des fils sont conservés dans toute leur longueur et servent de moyen de traction et de tension. Quand cette première série est terminée, on applique une seconde série de douze points de suture de Lembert, à un demi-centimètre en dehors de la première rangée. Ceux-ci sont passés obliquement de manière à ne comprendre que la séreuse et une petite épaisseur de la musculuse. Ils servent de soutien à la première série, qui ne doit ainsi supporter ainsi aucun effort de traction, et dont la seule mission est l'affrontement

parfait ; une révision soigneuse a été faite pour cela avant de couper ras les chefs de fils de la première série. Toute cette partie de l'opération a été accomplie sur un lit de compresses-éponges chaudes et humides, qui recouvrent entièrement les viscères, sauf le voisinage immédiat du champ opératoire. Avant de terminer on place trois points de suture, transversalement de gauche à droite, réunissant à la grande courbure de l'estomac la partie de l'anse suturée qui est immédiatement à gauche de la bouche gastro-intestinale.

Ces points ont pour objet de s'opposer à la brusque plicature de l'intestin à ce niveau, et aussi de donner une direction déclive à la voie nouvelle ouverte aux aliments. Enfin, on enlève la bande de gaze qui liait l'intestin.

Toilette rapide du péritoine, où rien ne s'est épanché. Suture continue en surjet (au catgut), d'abord du péritoine, puis de la paroi musculo-aponévrotique ; suture à points séparés (à la soie) de la peau. Pansement iodoformé.

L'opération a duré une heure et demie. Le malade est très affaibli. Il reprend bien connaissance, parle, avale et tolère un peu de liquide le soir, mais dans la nuit l'affaiblissement fait des progrès et il meurt le lendemain.

Autopsie : Estomac. — Au niveau du pylore, tumeur du volume d'une orange. Véritable anneau bosselé à sa surface interne non ulcérée, présentant par places une pigmentation noirâtre. Le reste de l'estomac est déjà macéré et n'offre que des lésions cadavériques.

Il est à noter que la tumeur occupe le pylore, l'entrée du pylore et toute la petite courbure. L'orifice pratiqué pendant l'opération est petit, pouvant juste donner passage à l'index ; l'affrontement de ses bords est très exact.

Foie 1.200 gr., petit, légèrement granuleux à sa surface. Même apparence granuleuse à la coupe, qui se montre exsangue et jaunâtre. Pas la moindre trace de noyaux cancéreux.

Vésicule biliaire distendue et contenant une bile noire très

foncée. Cœur 250 grammes. Volume normal, mou. Surcharge graisseuse marquée ; pas de lésions valvulaires. Coronaires saines. A la coupe, myocarde pâle sans taches de sclérose.

Reins (l'un 150 gr., l'autre 140 gr.). Un peu atrophiés, congestionnés. Après lavage à l'eau, cortex un peu pâle et induré.

Capsule assez difficile à détacher.

Rate 210 gr. Volume normal. Consistance un peu augmentée.

Intestins normaux, en collapsus. Matières molles et ocrées à leur intérieur.

Examen histologique de la tumeur. — Epithelioma à cellules cubo-cylindriques prenant manifestement son point de départ dans les cellules des culs-de-sac glandulaires des régions atteintes (examen au picrocarmin).

On trouve, en effet, dans certains points, des petits tubes ayant encore conservé leur paroi et remplis de cellules identiques à celles des parties cancéreuses, tandis qu'ailleurs se voient des tubes rompus et remplis d'une accumulation d'éléments non encore modifiés ou peu modifiés. Une infiltration de petites cellules embryonnaires se montre dans les interstices des tubes.

Au niveau des points où la tumeur gagne les couches sous-jacentes on observe des figures de karyokinèse très nettes dans les cellules épithéliales de la région (hématoxyline safranine après fixation à l'alcool absolu).

Observation CCII

CANCER DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE. --- MORT LE 4^e JOUR
A. HEYDENREICH. — *Société de médecine de Nancy*, séance du 27 mai 1891

Jardinier, âgé de 47 ans ; se plaignait de troubles digestifs depuis quatre à cinq mois. Ces troubles avaient augmenté surtout depuis deux mois. Depuis un mois tous les aliments solides et liquides étaient vomis, une demi-heure à une heure après avoir été avalés. Cet homme, traité d'abord dans le service de M. Bernheim, était entré dans le service de M. Heydenreich, le 13 avril 1891 ; il était à ce moment très

maigre et très affaibli. On lui prescrivit des lavements nutritifs (œufs délayés dans du bouillon ; cognac étendu d'eau). Le malade était condamné à mourir d'inanition à bref délai. M. Heydenreich résolut d'intervenir chirurgicalement. Pensant que la résection de la tumeur du pylore, dont l'existence était probable, présenterait des difficultés insurmontables, ou tout au moins un danger excessif, il se décida à pratiquer la gastro-entérostomie, c'est-à-dire à établir une communication permanente entre l'estomac et l'intestin grêle.

L'opération fut entreprise le 14 avril. Une incision de 12 cent. fut faite sur la ligne blanche de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Les intestins furent trouvés affaissés. L'estomac présentait sur sa petite courbure, à partir du pylore, une vaste tumeur, adhérente en arrière aux parties voisines. Le péritoine était parsemé de noyaux blanchâtres de la grosseur d'un pois. Il s'agissait manifestement d'un cancer en pleine généralisation. M. Heydenreich alla à la recherche du jéjunum, recherche qui fut des plus laborieuses ; finalement il crut le reconnaître dans une anse intestinale qui semblait se détacher de la colonne vertébrale. Cette anse fut incisée au thermocautère longitudinalement au point opposé à l'insertion du mésentère. L'estomac fut incisé également au thermocautère, transversalement, à environ cinq centimètres au-dessus de l'insertion du grand épiploon. L'incision dut être portée aussi haut pour éviter les nodules cancéreux disséminés sur l'organe. Les incisions avaient de 4 à 5 cent. de long. Elles ne donnèrent issue à aucun liquide. Le grand épiploon et le côlon transverse avec son mésocôlon furent alors repoussés en arrière. Il fut nécessaire d'appliquer 26 points de suture de Lembert à la soie bouillie, les points étant distants d'environ 5 millimètres. Puis les viscères furent repoussés dans le ventre et l'opération fut terminée par une suture du péritoine faite en surjet avec du catgut et par la suture de la paroi abdominale. La durée de l'opération, abstraction faite pour la chloroformisation, avait été de 1 heure 12' et l'opération n'avait présenté aucune difficulté d'exécution.

L'opéré fut mis à la diète et alimenté avec des lavements. Mais avant la fin du premier jour déjà, il fut pris d'un vomissement bilieux. Les vomissements ne tardèrent pas à se multiplier. Les matières vomies contenaient de la bile et des matières fécaloïdes. Pendant ce temps le ventre restait plat, non douloureux. La température, normale pendant deux jours, montait le 16 avril au soir à 38,7 et se maintenait à peu près au même point le lendemain. Le pouls à 104, le soir de l'opération, subissait une ascension non interrompue pour atteindre 144 le 16 au soir, et se maintenir ensuite à ce chiffre. Le 17 au matin le pouls était extrêmement faible. Le malade succomba le 18 à cinq heures du matin, un peu moins de quatre jours après l'opération.

L'autopsie montra d'abord qu'une petite portion d'épiploon avait été pincée dans la suture du péritoine. Le péritoine était rempli de noyaux cancéreux, mais il n'y avait point de trace de péritonite. La suture entre l'estomac et l'intestin était en parfait état. Les fils étaient déjà partiellement recouverts par des fausses membranes. Les anses intestinales étaient en partie gonflées, en partie affaissées. En examinant les choses de plus près, on s'aperçut que l'ouverture intestinale portait non sur le jéjunum mais sur l'intestin grêle à 2 m. 70 du pylore et à 4 mètres du cœcum. Or, toute la portion d'intestin située entre l'ouverture et l'anus était affaissée. Il s'était formé au niveau de l'ouverture, une sorte de coude ou d'éperon qui dirigeait les matières venant de l'estomac vers le bout supérieur de l'intestin. Ajoutons que la bride épiploïque pincée dans la suture du péritoine n'était pour rien dans ce résultat. La tumeur cancéreuse primitive occupait le pylore et la petite courbure de l'estomac sur une longueur de 8 cent. et une largeur de 4 cent. Le pylore laissait à peine passer une plume d'oie.

En somme l'opéré a succombé à une sorte d'étranglement interne et cet accident a été observé déjà dans des conditions toutes semblables, spécialement par Billroth.

Observation CCIII

CARCINOME DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE. — SUCCÈS.

MICHAUX, *Gazette des Hôpitaux*, 1892, N° 75, p. 707

Le 25 avril 1892, M^{me} M..., nous est adressée au petit hôpital Saint-Michel par notre confrère M. le docteur Goix, de la Villette, pour une tumeur de la région épigastrique dont la nature cancéreuse ne saurait faire de doute pour personne : il s'agit bien d'un cancer de l'estomac.

On ne trouve cependant aucun antécédent héréditaire ni personnel ; ces accidents ont débuté il y a huit ou dix ans, consécutivement à l'ingestion d'une pièce dentaire portant deux fausses dents et avalée par mégarde.

Bien que les accidents datent de cette époque et que la malade les rattache absolument à l'introduction de ce corps étranger, il n'y a aucun doute à avoir sur la nature du mal.

Depuis cinq ans, la malade est sujette à des vomissements alimentaires d'abord éloignés, puis de plus en plus proches.

Depuis quelques mois ce sont de véritables hématemèses que la malade compare d'elle-même à du chocolat ou du marc de café, de temps à autre elle a eu des selles noires, des mélaena. La région épigastrique est le siège d'une douleur constante, fixe, avec retentissement rachidien.

A ces symptômes déjà si probants s'ajoute, depuis deux ans, l'apparition d'une tumeur du creux épigastrique, qui a pris depuis un an, un développement considérable. Son bord inférieur effleure l'ombilic ; son bord supérieur est à 5 centimètres au-dessus, ses dimensions transversales mesurent environ 10 centimètres. Elle est située un peu plus à gauche qu'à droite.

Sa consistance est dure ; elle est mobile sous les téguments, mobile sur les parties profondes. L'estomac semble dilaté. Le doute n'est pas permis, il s'agit d'une tumeur cancéreuse de l'estomac ; aussi bien l'aspect seul de la malade suffirait à le dire : elle est dans un état d'épuï-

sement et d'émaciation qui ne laisse aucun doute ; elle a maigri de 56 livres en deux ans et son visage présente une coloration jaune bistre absolument caractéristique.

Le volume du foie est normal, les urines sont rares, à peine un demi-litre en vingt-quatre heures et l'analyse de l'urée ne dénote que 10 grammes par litre, confirmation de plus du cancer, si toutefois cela était nécessaire.

Du reste la malade est très énergique, elle demande instamment à être guérie.

Après quelques jours de réflexion, nous décidons de céder à ses instances, de pratiquer une laparotomie exploratrice ; puis suivant ce que nous rencontrerons nous nous mettrons en mesure de pratiquer la pylorectomie ou la gastro-entérostomie, ou même de refermer le ventre sans toucher au cancer, si nous croyons inutile l'une ou l'autre de ces interventions.

L'opération est ainsi pratiquée le 28 avril 1892, avec l'aide de MM. les docteurs Arnould et Legueu, prosecteur à la Faculté, en présence de M. le docteur Goix.

PREMIER TEMPS. — *Laporotomie exploratrice.* — Incision médiane sus-ombilicale de 12 à 15 centimètres : le diagnostic est sous nos yeux ; il s'agit bien d'un cancer du pylore, il occupe toute la petite courbure, le pylore et l'antra du pylore. Consciencieusement, la pylorectomie ne nous semble pas possible, mais la tumeur est mobile, facile à attirer au dehors, il n'y a pas de végétations cancéreuses dans le péritoine, ni dans l'épiploon, pas de noyau cancéreux appréciable dans le foie.

La gastro-entérostomie nous paraît possible, facile, avantageuse, et nous la pratiquons séance tenante par le procédé de von Hacker ; c'est-à-dire que nous anastomosons la face postérieure de l'estomac à la face antérieure de la première anse d'intestin grêle, qui fait suite au duodénum et qui a été facile à trouver.

DEUXIÈME TEMPS. — Cette anastomose se fait très facilement à

travers une brèche faite avec le doigt dans le feuillet postérieur du grand épiploon.

Cette déchirure n'a pas été difficile, et à la condition de la faire large, nous ne croyons pas qu'il puisse y avoir là une cause de rétrécissement, comme l'a prétendu notre collègue M. Chaput.

L'estomac et l'intestin, bien mis en contact hors du ventre et isolés par des compresses éponges bien aseptiques, nous procédons à la suture.

TROISIÈME TEMPS. — *Suture de la lèvre postérieure et supérieure.* — Premier étage de sutures séro-séreuses à la soie, à points séparés, dix-neuf points ; plus en dedans, deuxième étage en surjet avec deux fils différents pour que la suture ne se défasse pas en entier, si un point venait à céder.

QUATRIÈME TEMPS. — Puis, au lieu d'ouvrir, comme tous les chirurgiens, pour plus de sûreté, j'ai imité la conduite de M. Terrier dans la cholecyst-entérostomie, et j'ai placé sans les serrer mes deux rangées de sutures antérieures et inférieures, l'une en surjet, l'autre à points séparés.

J'ai encore serré les fils des angles puis, écartant avec soin tous mes fils de soie, j'ai fait successivement avec le thermocautère, à l'intestin d'abord, à l'estomac ensuite, une boutonnière de 4 à 5 centimètres environ, réunissant encore les muqueuses par un ou deux points.

L'opération avait été absolument idéale, comme dans une expérience ; je n'ai pas cru nécessaire de la prolonger en liant l'intestin, en créant encore une entéro-anastomose au-dessous pour éviter la pénétration de la bile dans l'estomac, et j'ai refermé le ventre.

L'opération a duré une heure et demie.

Les suites ont été satisfaisantes. La température n'a pas dépassé 38° ; la malade s'est bien réchauffée, elle n'a eu que 37° les deux premiers jours ; quelques envies de vomir et des coliques.

Pendant cinq jours, elle a eu des lavements nutritifs, trois à

quatre par jour, puis on a commencé à lui donner un peu de lait. Le septième jour, je l'ai purgée et, à partir du lendemain, elle a été nourrie exclusivement par la bouche.

Voici les résultats qui se passent de commentaires :

1^{er} Depuis son opération, il n'y a pas eu le moindre vomissement, la moindre nausée.

2^o Les douleurs ont également disparu, il ne reste plus qu'une petite sensation de pesanteur.

3^o La malade se lève, marche, a repris des forces ; elle est encore jaune, mais sa figure commence à se remplir.

En un mois, elle a gagné 14 livres ; dans les quinze derniers jours, encore 14, soit 28 livres en un mois et demi.

Urines, 1500 grammes au lieu de 400 ; 17 gr. 5 d'urée par litre au lieu de 10 grammes.

L'examen des urines a été fait à nouveau au moment de sa sortie. La quantité d'urine était montée de 300 ou 400 grammes à 1500 grammes.

L'urée de 10 grammes par litre avant l'opération est remontée à 17 gr. 5 un mois après.

Ces chiffres ont une valeur énorme et me paraissent démontrer d'une manière indubitable, que la gastro-entérostomie est appelée, dans certains cas d'obstruction pylorique, à produire des résultats vraiment merveilleux pour le soulagement des malades. Je ne vois pas dès lors pourquoi on leur refuserait le bénéfice d'une pareille intervention toutes les fois que l'opération serait bien indiquée.

Observation CCIV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT 5 MOIS APRÈS

P. RECLUS, *Société de Chirurgie. Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XVIII, novembre 1892, p. 609, séance du 12 octobre.

Il s'agit d'une femme de 51 ans, entrée le 23 juillet, dans le

service de Broussais où l'envoyait notre collègue des hôpitaux, le Dr Cettinger. Les premiers accidents dataient de neuf mois environ, leur marche avait été prompte et, au moment de notre examen, nous trouvons une tumeur volumineuse, à droite; les matières ingérées sont vomies, au bout de 2 ou 3 heures; les selles sont à peu près supprimées et la malade ne prend que tous les 10 ou 12 jours que quelques amas glaireux par l'anus; la dilatation stomacale est invraisemblable et semble envahir tout le ventre sauf l'hypochondre droit. L'amaigrissement et la faiblesse sont extrêmes et la mort est imminente. Malgré cette déchéance organique, la gastro-entérostomie nous paraît indiquée et nous y avons recours avec l'aide particulièrement compétente de notre collègue M. Chaput.

Opération, 3 août 1892. — Une incision de 12 centimètres est faite, 6 centimètres au-dessus, 6 centimètres au-dessous de l'ombilic; l'estomac est mis à nu, il descend très bas dans l'abdomen et nous avons à le soulever pour atteindre l'anse jéjunale sur laquelle sera pratiquée l'anastomose; nous la trouvons sous l'épiploon et le côlon transverse, nous atteignons ainsi la colonne vertébrale à gauche de laquelle émerge la première anse du jéjunum que nous amenons au contact de la face antérieure de l'estomac, solidement fixé par deux pinces érigées qui tendent la paroi au niveau du point où nous la sectionnons au bistouri, dans l'étendue de un à deux centimètres.

Après hémostase des lèvres de l'incision gastrique par des pinces à pression douce, nous voulons vider l'estomac d'abord avec un siphon, puis avec le trocart de Kœberlé, mais rien ne s'écoule malgré la réplétion évidente de la poche et force est d'attirer l'estomac au-dehors après avoir protégé le champ opératoire et de l'ouvrir dans l'étendue de 5 centimètres environ; cette large incision donne issue à une masse énorme de liquide et de corps étrangers, haricots, fragments de pommes de terre, zestes d'oranges, pépins et peaux de raisins, lentilles, grains de riz accumulés depuis des mois et que n'avaient pu entraîner au dehors nos lavages réitérés.

L'estomac est vide ; nous plaçons alors selon la méthode de Chaput, un premier plan de sutures, points séro-séreux, espacés les uns des autres de 3 ou 4 millimètres. Les fils sont orientés perpendiculairement à l'incision stomacale et passent, sur l'estomac, à 2 centimètres au-dessous de l'incision, sur l'intestin, aussi près que possible de l'insertion mésentérique afin de ménager l'étoffe intestinale ; un deuxième étage de points séro-séreux, absolument identique au premier, est placé à 1 centimètre au-dessus, et cette suture achevée, nous incisons l'intestin parallèlement à son axe, dans une étendue de 5 centimètres, de façon à ce que l'orifice intestinal corresponde exactement de l'orifice stomacal.

Les deux lèvres postérieures de la bouche stomacale et de la bouche intestinale sont suturées et les points de ces fils muco-muqueux, sont noués intérieurement et par conséquent font saillie dans la lumière de l'estomac et de l'intestin. Puis nous passons aux lèvres antérieures unies aussi par des points muco-muqueux noués cette fois au dehors. Il ne reste plus alors pour terminer l'opération, qu'à pratiquer, au-dessus de notre anastomose, deux étages de sutures séro-séreuses placées à 1 centimètre l'une de l'autre et absolument semblables à ceux que nous avons faits au-dessous de l'anastomose ; il existe donc 6 plans de suture, 3 au-dessus, 3 au-dessous de l'anastomose, appuis assez solides et assez nombreux pour maintenir l'affrontement et pour s'opposer à l'effusion des liquides gastro-intestinaux dans la cavité péritonéale.

Les suites de l'opération furent inquiétantes pendant deux jours ; il n'y eut point de fièvre, mais, au contraire, une certaine hypothermie ; la faiblesse était extrême et aux vomissements par obstruction avaient succédé les vomissements chloroformiques. La troisième fois eut lieu, sous l'influence de lavements nutritifs, une véritable débâcle intestinale, et, à partir de ce moment, les vomissements cessent, l'alimentation devient possible, les forces reviennent et les couleurs, et aujourd'hui plus de 2 mois après l'intervention, la dilatation presque

paradoxe de l'estomac, a disparu, l'opérée a gagné 6 livres. Elle se lève, marche, mange sans dégoût même de la viande, va à la selle d'une façon régulière et se reprend à la vie ; on ne reconnaît plus la moribonde du mois de juillet. Ici le bénéfice de l'opération est indiscutable, puisque notre malade vit encore et que ses souffrances ont disparu.

M. Reclus, dans la séance du 8 février 1893, rapporte que sa malade est morte le 3 janvier 1893 ; elle a donc vécu 5 mois jour pour jour après l'opération dont les résultats heureux ne se sont pas démentis un seul instant.

A l'autopsie, nous avons trouvé un cancer généralisé avec de nombreux foyers disséminés sur l'intestin ; il existait en un point une sorte de bride cancéreuse qui aurait déterminé de nouveaux accidents d'obstruction, si la malade n'avait pas succombé à la cachexie. L'estomac, au moment de l'intervention, présentait une telle dilatation qu'il me paraissait peu vraisemblable qu'il pût reprendre des dimensions normales ; or, nous avons pu constater que le fait s'était réalisé et que l'organe présentait ses dimensions habituelles. C'est là un point que je tiens à faire remarquer, car cela montre bien qu'il ne faut pas attacher une grande importance au choix qu'il y a lieu de faire entre la bouche stomacale antérieure et la bouche postérieure, les résultats ayant été, dans ce cas, aussi bons que possible.

La partie inférieure de la bouche stomacale, du côté du pylore, commençait à être envahie par le cancer, la muqueuse étant d'ailleurs parfaitement saine ; j'avais placé la bouche en dehors du cancer, mais le plus près possible du pylore, et je crois qu'on aurait dû s'écarter encore davantage des limites du néoplasme.

La communication entre la partie pylorique de l'estomac et le duodénum était réduite à un canal sinueux incapable de laisser passer les moindres parcelles alimentaires. L'anse intestinale appliquée à l'estomac formait un coude dont le bout duodénal ne présentait aucune espèce de modification de calibre, malgré l'accumulation de bile, de

suc intestinal et de matières alimentaires qui pouvait s'y faire, ce qui montre bien l'inutilité des opérations complémentaires que l'on a proposées pour prévenir la dilatation de la partie de l'intestin située en arrière de la bouche gastro-intestinale.

Observation CCV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POUR STÉNOSE NÉOPLASIQUE DU PYLORIQUE. —
SUCCÈS

TRERRIER, *Bullet. et Mém. de la Société de Chirurgie*, T. XVIII, 1892, p. 636.

M^{me} Ch. née Constance..., 48 ans, cuisinière, m'est adressée à l'hôpital Bichat, le 28 mai 1892 par le professeur Potain.

Les antécédents héréditaires sont à peu près nuls ; son père et sa mère sont morts hydropiques à 68 et 70 ans. Pas d'antécédents cancéreux du côté des autres parents.

M^{me} Ch... a eu onze frères ou sœurs, dont la plupart sont morts très jeunes. Elle a perdu un frère à 25 ans, d'accidents paludéens et d'hémorrhagies, et une sœur à 28 ans, tuberculeuse ; il lui reste encore deux frères.

Il y a 16 mois, la malade se portait encore bien, ne présentait aucun trouble digestif, sauf un peu de ballonnement après les repas ; elle pesait alors 100 kilogr.

En mai 1890, l'appétit diminua, les digestions devinrent lentes et pénibles ; puis survinrent des vomissements assez irréguliers ; le plus souvent la malade se plaignait d'être constipée, parfois cependant il y avait de la diarrhée.

L'amaigrissement s'accrut peu à peu et les forces diminuèrent, malgré de nombreux traitements dirigés contre les troubles de la digestion.

Il y a un an environ, l'estomac devint absolument intolérant, chaque ingestion d'aliments était suivie de vomissements, précédés de contractions douloureuses du viscère, contractions visibles à l'exté-

rieur; la constipation devint alors très opiniâtre, et l'alimentation tout à fait insuffisante.

Depuis 8 mois, perte complète de l'appétit, douleurs dues aux contractions stomacales très vives.

Il y a 6 mois, première hématomèse, qui, depuis, s'est renouvelée deux ou trois fois.

A son entrée à l'hôpital, la malade est pâle, amaigrie, sans forces. L'appétit est nul, la langue blanche et humide. En explorant la région épigastrique, on y constate une tumeur mal circonscrite, sorte de gâteau dont le palper est assez douloureux. L'estomac est très notablement dilaté; de plus il est le siège de contractions péristaltiques très nettement appréciables à la vue et au toucher; ces contractions sont douloureuses pour la malade. Les vomissements de tous les aliments ingérés sont presque incessants et les douleurs qui les accompagnent sont assez vives pour nécessiter des injections de morphine assez fréquentes. Pas de fièvre, température oscillant entre 36,8 et 37,2.

Il n'existe pas de ganglions au niveau du cou; pas d'œdème des extrémités. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine; il y a 16 grammes d'urée par litre. Notons que la quantité d'urine éliminée en 24 heures est de beaucoup au-dessous de la normale: 300 cent. cubes.

Opération, le 5 juillet 1892. — Aidé par mon élève et ami M. le Dr M. Péraire; le chloroforme est donné par M. Malherbe, interne de service.

Incision médiane sus-ombilicale. Sous la couche musculaire, existe une notable quantité de graisse sus-péritonéale qui gêne l'opérateur.

On découvre nettement le carcinome qui occupe le pylore et se prolonge à la fois sur la petite et la grande courbure de l'estomac. Je pénètre alors entre la grande courbure et le côlon transverse, passant au travers des quatre feuillets péritonéaux, en ayant soin de pratiquer au fur et à mesure une hémostase aussi complète que possible. Cinq à six fils de soie sont placés sur les vaisseaux intéressés, dont la plupart

sont des veines. Enfin, avec quelque peine j'arrive derrière l'épiploon sur le paquet de l'intestin grêle. Là, je cherche et trouve facilement la première portion de l'iléon, bridée par l'artère mésentérique supérieure et je l'attire au dehors. J'avais aussi attiré au dehors l'estomac très dilaté.

Le reste de l'opération a lieu en quelque sorte en dehors de la cavité péritonéale, abritée de tous côtés par des compresses stérilisées qui limitent très bien le champ opératoire.

Comme l'estomac est très dilaté, en le relevant en haut, on découvre très facilement la partie postérieure de l'organe, un peu au-dessus de la grande courbure ; or, ce fut cette partie que je suturai et anastomosai avec la partie supérieure de l'anse de l'iléon amenée parallèlement à elle.

Voici comment je procédai à cette anastomose :

1° Je fis un plan de suture à points séparés et au fil de soie, réunissant les deux parois, celle de l'estomac et celle de l'intestin, sur une longueur de 11 à 12 centimètres.

Ces points de suture ne pénétraient ni dans la cavité de l'estomac ni dans celle de l'intestin. C'était des sutures dites séro-séreuses.

2° Une autre série de sutures presque parallèle à la précédente ligne, mais convergeant vers elle à ses extrémités furent placées, toujours séparées, d'un côté sur l'estomac, de l'autre sur l'intestin. Cette suture ne fut pas serrée ; les extrémités des fils de chaque anse sont maintenus sur des pinces à pression, de façon à parfaitement reconnaître la disposition de toutes ces anses au fil qu'on peut en outre superposer dans des compresses stérilisées.

3° J'ouvris alors d'abord l'intestin au bistouri dans une étendue de 3 à 4 centimètres, ce qui donna peu de sang et à peine d'écoulement liquide. Nous sommes dans le jéjunum.

4° Ouverture analogue et dans la même étendue de l'estomac qui donne issue à une notable quantité de mucus mousseux et noirâtre qu'on éponge et qui gêne l'opérateur.

5° Suture minutieuse, soit à points séparés, soit en capitons, de la muqueuse stomacale à la muqueuse intestinale. Cette suture est faite d'abord du côté qui répond à la suture déjà pratiquée et serrée, entre la séreuse intestinale et la séreuse stomacale. Puis on suture l'autre lèvre qui correspond à la suture séro-séreuse d'attente.

6° Il me suffit alors de serrer la rangée de suture séro-séreuse d'attente déjà placée, ce qui est très vite fait, étant donné la faculté de se reconnaître avec les pinces à pression placées comme je l'ai dit aux deux extrémités et au milieu de l'anse de fils. Pincés superposés dans des compresses stérilisées.

7°. — L'épiploon, placé au-dessus de la suture, vers la grande courbure de l'estomac, et déjà sectionné pour pénétrer en arrière de lui, est fixé sur la suture gastro-intestinale à l'aide de quelques fils de soie et vient en quelque sorte renforcer cette suture.

Les compresses enlevées, et la toilette péritonéale faite, ce qui fut fort simple, puisque cette cavité était abritée de tous côtés par les compresses, je fermai le ventre.

La suture de la paroi fut faite à trois étages ; suture en soie pour le péritoine et pour les aponévroses ; suture avec le crin de Florence pour les téguments.

L'opération a duré une heure 40, on a utilisé 30 grammes de chloroforme pour l'anesthésie.

Le pansement fut fait avec une compresse stérilisée pliée en quatre et une couche d'ouate hydrophile stérilisée. La malade a eu fort peu de shock opératoire. Le soir, le pouls a 108, température 37°4, respiration, 36. Pas de vomissements. Injection d'éther et de caféine.

6 juillet. — La malade est calme ; pouls, 86. Température 38, respiration 28 ; 200 grammes d'urine en 24 heures. Pas de douleurs ni de vomissements, aucun retentissement péritonéal. Le soir, température, 37° 8, pouls 100. Champagne glacé ; eau de Vichy naturelle.

7 juillet. — Température matin et soir, 37°, pouls 92 et 84. Urine 800 grammes. Même régime, pas de vomissements ni de douleurs.

8 juillet. — Température, $36^{\circ}8$ et 37° , pouls, 89. La malade prend un peu de lait coupé d'eau de Vichy.

9 juillet. — Température, $36^{\circ}8$ et $37^{\circ}1$; pouls, 76 à 80. Même état satisfaisant et alimentation lactée. Urines, 1000 grammes.

10 juillet. — Température, 27° ; pouls, 80. 1000 grammes d'urine. Lait.

11 juillet. — Matin, température, 37° ; pouls, 76. La malade prend un potage au lait dans la journée. Le soir, température, 38° . Du reste, l'état général et local est bons.

12 juillet. — On fait le pansement, la réunion est parfaite et on enlève les fils profonds placés dans les téguments. Température, $36^{\circ}8$, matin et soir, potages au lait.

13, 14, 15 juillet. — L'alimentation consiste en potages au lait, et deux œufs à la coque. Température au-dessous de 37° ($36^{\circ}6$ et $36^{\circ}8$).

16 juillet. — Température du matin, $36^{\circ}8$, soir, $37^{\circ}3$. Même régime.

17 juillet. — Nouveau pansement. On enlève tous les crins superficiels ; la plaie est totalement réunie et guérie. Température du matin, $36^{\circ}8$, soir, $37^{\circ}4$.

18 et 19 juillet. — La température oscille entre $36^{\circ}8$ et $37^{\circ}2$. Bon état général. Alimentation avec le lait et les œufs.

20 juillet. — Sans nous prévenir, la malade ingère de la viande. La température qui, le matin était à 37° , monte le soir à 39° ; il y a un léger malaise et des douleurs d'estomac avec coliques.

21 juillet. — Reprise du régime lacté et des œufs, $37^{\circ}8$ le matin, 38° le soir.

22, 23, 24 juillet. — La température oscille entre 37° et 38° ; Douleurs calmées.

25 juillet. — Température remonte à $38^{\circ}2$ le soir. Quelques coliques suivies de diarrhée le lendemain 26. On prescrit du sous-nitrate de bismuth avec le lait et les œufs.

27 juillet. — La diarrhée a complètement cessé. La température oscille de 37° à 37°4 jusqu'à la fin du mois. On continue le régime lacté avec des œufs jusqu'au 7 août. La température oscille de 36°8 à 37°2.

Le 8 août, la malade prend pour la première fois et sans accident de la viande rôtie. Température du matin, 36°8 et du soir, 37°2. L'état général est très bon et la malade engraisse sensiblement.

Jusqu'au premier septembre, la température oscille entre 37°2 et 36°8, l'alimentation se fait bien et sans douleur, bien que l'opérée mange à peu près de tous les aliments distribués aux autres malades. Il persistait toutefois un peu d'œdème des membres surtout après la station debout prolongée. Le poids de la malade était de 70 kilogr. Dès le lendemain de sa sortie, M^{me} Ch... fut prise de vomissements et de diarrhée. sorte de cholérine, qui dura et la rendit fort malade. Toutefois, ces accidents cessèrent et l'état général continua à s'améliorer sous l'influence d'une facile alimentation. Nous ne revoyons M^{me} Ch... que le 23 octobre 1892, soit un peu plus de 3 mois et demi après son opération. L'état général, comme vous pourrez vous en assurer, est excellent. Le poids est de 87 kilogr. L'appétit est régulier et très bon, la digestion facile, pas de diarrhée ni de constipation. Parfois, il y a quelques douleurs au creux épigastrique et des borborygmes assez intenses qui gênent un peu la malade. Au niveau de la région épigastrique, vers le pylore, on sent une sorte d'empâtement profond, mal circonscrit et indolore à la pression ; en fait, la néo-formation pylorique ne paraît pas avoir fait de progrès sensibles depuis quelques mois.

Observation CCVI

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CANCER DU PYLORE. — MORT LE
DEUXIÈME JOUR.

TERRIER, *Société de Chirurgie*, 8 février 1893.

Femme de 40 ans, opérée en novembre 1892 qui, depuis 18 mois présentait des troubles digestifs consistant surtout dans des phénomènes

douloureux se manifestant principalement après les repas ; quatre mois après le début des accidents, elle avait commencé à vomir et peu à peu elle s'était mise à maigrir d'une façon notable ; enfin six mois avant l'intervention, on avait constaté l'existence d'une tumeur au niveau de la région épigastrique.

Lorsque je fis la gastro-entérostomie le 12 novembre 1892, la malade était dans un état de cachexie très avancé et je trouvai le néoplasme occupant le pylore et presque toute la grande courbure de l'estomac, empiétant même sur la face antérieure. L'épiploon lui-même était dégénéré et j'eus la plus grande peine à séparer la grande courbure du côlon transverse appliqué sur elle.

Les suites opératoires furent bonnes pendant trente-six heures, mais le soir du second jour la malade mourait en quelques heures sans aucune espèce de signe de péritonite.

Il s'agissait là certainement d'un cas des plus mauvais et il est évident que l'intervention aurait dû être faite beaucoup plus tôt.

Observation CCVII

CANCER DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — MORT
LE QUATRIÈME JOUR.

SCHWARTZ, *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, t. XVII, 1892, nos 8-9, séance du 27 juillet 1892.

Il s'agit d'un homme de 60 ans, malade depuis 7 mois seulement et présentant des digestions difficiles, quelquefois des vomissements alimentaires, en même temps amaigrissement rapide sans qu'il ait jamais été possible de constater la moindre tumeur au niveau du creux épigastrique.

Depuis cinq jours, accidents aigus consistant en vomissements incessants de matières ayant la couleur et la consistance du marc de café. Hoquet continu, refroidissement. Rien ne calme les vomissements et les hoquets, ni la glace, ni les lavements laudanisés, ni les injections de morphine. Du côté du ventre, aucun ballonnement, il est plutôt en bateau.

Quand le malade est amené dans mon service pour qu'on tente une intervention, s'il y a lieu, sa température est de 35°2, son aspect celui d'un sujet atteint d'étranglement interne très grave.

On le remonte par des piqûres d'éther, de caféine, lavements alimentaires de vin, œufs, peptone, champagne glacé. Le lendemain matin, la température est remontée à 36°5, et je me décide à tenter la gastro-entérostomie pour parer à l'occlusion de la région pylorique par un cancer.

Cette opération est pratiquée sous le chloroforme avec l'aide de mon collègue et ami le Dr Chaput.

Incision de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. J'explore immédiatement le pylore, qui est induré et bombé; le cancer se propage jusqu'à la moitié droite de la petite courbure; ganglions de l'épiploon gastro-hépatique envahis par le néoplasme. Il eût été contre-indiqué de faire, dans le cas actuel, la pylorectomie, même l'état du malade s'y prêtant. Recherche de la première anse du jéjunum immédiatement à gauche de la colonne vertébrale en dehors du côlon transverse.

Cette anse est amenée en avant et pour aller plus vite nous décidons de faire la gastro-entérostomie antérieure de l'estomac, dans un point situé près de sa grande courbure et environ à 10 centimètres du pylore, fixation des deux viscères l'une à l'autre à l'aide des petites pinces érigées de Chaput. Deux plans de sutures séro-séreuses entrecoupées à la soie n° 0 sont faits pour souder jéjunum et estomac, puis alors seulement on incise l'intestin, d'abord à 3 millimètres des deux plans séro-séreux, puis l'estomac, qui est vidé à l'aide d'un tube-siphon, de l'eau de Vichy qui a servi à faire un lavage avant l'opération.

Ligature sur une artère stomacale, sutures séro-musculo-muqueuses des deux lèvres inférieures, puis des deux supérieures, sans que rien ne s'écoule dans l'abdomen protégé par des compresses et des éponges montées sur des pinces, encore deux plans séro-séreux sur la lèvre supérieure et l'opération est terminée. Il a été fait 90 points de suture, 30 par plan. Le tout a duré, chloroforme compris et fermeture puis pansement, une heure dix minutes.

L'opéré reçoit immédiatement deux injections de caféine, d'éther, et est reporté dans son lit. A noter en passant que l'intestin grêle et le gros intestin étaient tellement rétractés qu'il est certain que rien n'y avait passé depuis quelques jours déjà.

Pendant les premières vingt-quatre heures, l'état général est plutôt meilleur, les vomissements ont cessé, le hoquet aussi. Lavements alimentaires, glace à sucer.

Le deuxième jour, quelques vomissements bilieux et un peu de hoquet. La température ne monte pas au-delà de 36°8, malgré six lavements alimentaires, du champagne glacé par petites cuillerées. Le troisième jour, l'opéré s'affaiblit, injections de caféine et d'éther. Le pouls est irrégulier, mais petit sans fréquence exagérée.

Refroidissement progressif, en même temps le hoquet le reprend. Succombe le quatrième jour à 4 heures du matin.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après, a montré le péritoine complètement indemne. Les sutures ont tenu et la région opératoire est aussi nette que quatre jours avant. Une injection d'eau dans l'estomac passe dans le jéjunum sans difficulté. L'examen montre qu'outre le cancer du pylore et les ganglions il y avait des noyaux de cancer disséminés dans le foie. Rien nulle part ailleurs.

Le pylore admet à peine le bout du petit doigt, il est envahi dans ses deux tiers supérieurs. Le tiers inférieur reste intact et paraît obli-téré surtout par le poids de la partie supérieure qui vient fermer mécaniquement le passage encore libre. L'estomac contient un demi-litre environ d'un liquide verdâtre bilieux.

Observation CCVIII

CANCER DU PYLORE AVEC NOYAU HÉPATIQUE. — GASTRO-ENTÉROS-TOMIE. — SUCCÈS.

JABOULAY, *Archiv. prov. de Chirurgie*, n° 4, juillet 1892.

Marie P..., âgée de 50 ans, ménagère, née à Saint-Savin (Isère),

demeurant à Nivelais, entrée le 8 mars 1892 à la salle Saint-Paul (service de M. le professeur Poncet, suppléé par M. Jaboulay). Antécédents héréditaires : père mort à 60 ans, il y a 20 ans, d'affection indéterminée ; mère morte en couches.

Deux frères bien portants ; n'a pas de frères ou de sœurs morts.

Antécédents personnels : aucune affection dans l'enfance. Réglée à 13 ans ; ménopause à 38.

Mariée à 22 ans, mari bien portant, n'ayant pas de symptômes de tumeur.

Deux filles de 18 et 20 ans bien portantes ; n'a perdu aucun enfant, n'a jamais eu de fausse couche.

Aucun soupçon de syphilis, d'impaludisme, d'alcoolisme, etc. Marie P..., affirme n'avoir jamais été malade en dehors de l'affection qui l'amène à l'hôpital.

En résumé, au point de vue de ses antécédents, tant héréditaires que personnels, on ne trouve aucune trace de diathèse tuberculeuse ou cancéreuse.

Elle vient à l'Hôtel-Dieu pour une affection ayant débuté il y a un an (mars 1891), par des douleurs sourdes et continues dans la région sus-ombilicale et par des vomissements alimentaires. Ces vomissements survenaient de deux à trois heures après les repas et s'accompagnaient d'une exacerbation de la douleur signalée plus haut. Ils survenaient quelquefois en dehors des périodes de la digestion (la nuit et le matin). Lorsqu'ils survenaient dans ces conditions, ils se présentaient sous deux formes : ou ils étaient alimentaires, et alors très abondants, rejetant tout ce que le malade avait absorbé depuis un ou deux repas (ces repas n'ayant pas été suivis de vomissements), où ils étaient bilieux pituitaires.

Dès ce moment, la malade commença à dépérir : elle s'aperçut qu'elle perdait rapidement ses forces, qu'elle maigrissait. Depuis le mois de mars de l'année dernière (date d'apparition de la maladie), les symptômes ne firent que s'aggraver. Les douleurs continues, carac-

térisées par une sensation de pesanteur dans la région épigastrique, pesanteur transformée en lancées plus douloureuses au moment des vomissements, persistèrent et devinrent de plus en plus pénibles. Les vomissements eux-mêmes devinrent plus fréquents, plus abondants, plus totaux pour ainsi dire. Ils survenaient après chaque repas et rejetaient tout ce que la malade prenait ; suivant son expression, elle ne pouvait rien garder, ni lait, ni viande, ni légumes. Tous les aliments étaient vomis deux heures après leur ingestion.

Il en résultait une constipation opiniâtre : la malade n'allant à la selle (et peu copieusement) que trois fois par quinzaine.

Cet état s'aggrava de plus en plus, et lorsque nous vîmes la malade, elle gardait le lit depuis deux mois.

Elle n'avait jamais eu ni mélæna, ni hématomésès.

Etat actuel. — Lors de son entrée, la malade présentait la symptomatologie clinique rapportée précédemment.

A l'examen, nous constatâmes un amaigrissement extrême ; son teint, sans présenter la couleur jaune paille caractéristique, était cependant pâle, presque terreux ; elle était, en un mot, absolument cachectique.

Pas d'œdème malléolaire.

A l'examen de la région épigastrique, on ne percevait point de dilatation stomacale nette, mais, dans la région pylorique, on sent nettement une tumeur du volume d'une petite mandarine, peu mobile et un peu douloureuse à la pression.

Pas de ballonnement du ventre ; pas d'ictère.

Le catéthérisme œsophagien pratiqué avec soin, montra que cette partie du canal alimentaire n'était rétrécie en aucun point.

Du 8 mars (date de son entrée) au 15 mars, la malade est observée : l'absence d'amélioration par le repos, le changement d'existence, la nécessité de permettre l'alimentation, font accéder au désir de la malade, qui réclame une intervention.

L'opération décidée est une gastro-entérostomie.

L'opération est pratiquée le 15 mars, par M. Jaboulay.

On procéda d'abord à un lavage soigneux de l'estomac (eau bori-
quée et eau bouillie), jusqu'à ce que le liquide introduit ressorte abso-
lument pur ; puis l'opération est commencée, suivant la méthode indi-
quée plus loin.

On tombe immédiatement sur une tumeur de la région pylorique,
tumeur grosse comme une petite orange, ayant déterminé quelques
adhérences ; mais point de généralisation sur le mésentère, l'épiploon
ou l'intestin. Cette tumeur, localisée autour du pylore qu'elle enserre
et paraît obturer complètement à la façon d'un anneau, empiète sur la
portion terminale de la grande courbure de l'estomac.

Un noyau cancéreux aperçu sur le foie montre que la générali-
sation est avancée.

Pas de lavages de la surface, l'opération s'étant faite sans épan-
chement de liquide ou de matières d'aucune sorte. Le pourtour du lieu
opératoire est simplement et légèrement tamponné ; sutures séparées
du péritoine, des muscles et du tégument.

L'opération a, en totalité, duré 35 minutes.

Suites de l'opération. — Pendant les trois premiers jours, on
ne permet à la malade aucun aliment solide ou liquide, on lui fait sim-
plement sucer de la glace concassée qu'elle recrache. Par 24 heures,
on lui donne quatre lavements alimentaires de bouillon fortement
peptonisé. Repos absolu. Soif vive pendant ces trois jours.

15 mars. — T. s. = 37°6 T = température rectale, bien entendu.

16 mars. — T. m. = 38°. T. s. = 38°2.

En sondant la malade, on s'aperçoit que l'urine rare est très
foncée, hématique. La malade, interrogée, accuse une douleur vive
dans la région vésicale avec irradiations vulvaires : douleur exacerbée
au moment où on la sonde. Il est difficile de caractériser la nature de
cette cystite ; elle a persisté pendant un mois, puis a disparu complè-
tement.

17 mars. — T. m. = 38°2. T. s. = 39°.

18 mars. — T. m. = 38°4. T. s. = 38°2.

Le 19 mars au matin, on autorise la malade à prendre, avec beaucoup de précautions, quelques cuillerées de bouillon, qu'elle but, étendu, par petites gorgées, avec le moins d'efforts possible. La même opération se renouvelle dans la soirée. Les vomissements n'apparaissent pas, il n'y a même aucune nausée ; la douleur locale a absolument disparu. En raison des phénomènes de cystite qui persistent, on décide de donner une assez grande quantité de lait à la malade. T. m. = 38°2. T. s. = 37°5.

20 mars. — Premier pansement : un point de suture superficiel a donné naissance à un petit foyer purulent. On enlève tous les fils, la cicatrisation est complète sauf au point suppurant où l'écoulement du pus sera largement assuré par la suppression du fil métallique ; lavage à l'eau phéniquée 50 0/00.

Comme alimentation, la malade a pris environ un quart de litre de bouillon et autant de lait sans vomissement, ni nausées, ni douleur. T. m. = 37,5 ; T. s. = 37,8.

21 mars. — La malade absorbe à des intervalles rapprochés et dans les 24 heures environ un demi-litre de lait, bouillon et tisane. Aucun phénomène morbide. Les symptômes de cystite s'amendent légèrement.

22 mars. — Mêmes quantités absorbées, même indolence. T. m. = 37,6 ; T. s. = 37,6.

23 mars. — 6 heures du matin, un quart de litre de bouillon ; à 2 heures, idem ; dans l'après-midi, un peu de vin, une bouteille de limonade, une fiole de vin d'Espagne 150 grammes, un demi-litre de lait ; à 8 heures, un peu de potion calmante ; dans la nuit plusieurs fois de la tisane en petite quantité chaque fois. Ni nausées, ni douleur. T. m. = 37,6 ; T. s. = 37,6.

24 mars. — 6 heures du matin, un quart de litre de tapioca au bouillon gras ; à 10 heures, idem ; à 2 heures, un quart de litre de bouil-

lon et vin, un verre de lait ; à 4 heures, bouillon et vin ; à 8 heures, potion calmante ; entre temps et dans l'après-midi, la malade a absorbé 150 grammes de vin d'Espagne, une bouteille de limonade, trois quarts de litre de lait. Dans le courant de la nuit, infusion mélangée de limonade. Ni vomissements, ni nausées, ni douleurs. *T. m.* = 37,8; *T. s.* = 38.

25 mars. — 6 heures du matin, un demi-bol de bouillon avec un verre de lait ; à 7 heures, un demi-bol de tapioca ; à 10 heures, idem ; à 2 heures, un demi-bol de bouillon, un verre de lait, à 4 heures, un demi-bol de tapioca (trois quarts de litre de lait dans toute la journée) 150 grammes de vin d'Espagne, une bouteille de limonade, *T. m.* = 37,8; *T. s.* = 38,4.

26 mars. — 6 heures du matin, trois quarts de bol de café au lait, à 10 heures, bouillon et vin, un demi-bol de vermicelle ; à midi, chocolat au lait ; à 2 heures, vermicelle au lait ; à 4 heures, riz au lait, dans la journée, un litre de lait, une demi-bouteille de limonade, un peu de dégoût du vin, *T. m.* = 38 ; *T. s.* 37,8.

27 mars. — 6 heures, riz au lait ; à 10 heures, bol de tapioca ; à 4 heures, bol de tapioca et lait, un demi litre de lait ; dans la nuit, un peu de thé au rhum. La malade eut ce jour-là un peu de dégoût pour les aliments, le vin en particulier, mais sans que ce dégoût provoquât de vomissements, ni même des nausées, pas de douleurs. *T. m.* = 37,8; *T. s.* = 38.

28 mars. — 6 heures du matin, lait et soupe de vermicelle ; à 10 heures, demi-bol de pâtes, à 2 heures, idem ; à 4 heures, idem, en outre, 100 grammes de vin d'Espagne et un quart de litre de lait, *T. m.* = 37,4 ; *T. s.* = 37,6.

29 mars. — 6 heures du matin, bol de café au lait ; à 10 heures, demi-bol de riz au lait, une quenelle sans pain, un demi-verre de vin avec de l'eau alcaline ; à 2 heures, bol de riz au lait ; à 4 heures, idem, en outre un litre de lait et 100 grammes de vin d'Espagne. *T. m.* = 37 ; *T. s.* = 37,4.

30 mars. — 6 heures du matin, un bol de café au lait ; à 10 heures,

lait ; à midi, une quenelle, du hachis de viande et du pain en petite quantité ; à 2 heures, riz au lait ; à 4 heures, bouillon, un litre de lait. Malgré cette débauche d'aliments solides, la malade n'eut ni vomissements, ni douleurs, ni élévation de température.

31 mars. — 6 heures du matin, un bol de café au lait ; à 10 heures, hachis de viande et deux tranches de pain, un verre de vin ordinaire, un verre de vin d'Espagne ; à 2 heures, riz au lait ; à 4 heures, lait de poule et un gâteau, en outre, un litre de lait ; à 10 heures, bol de bouillon.

1^{er} avril. — 6 heures du matin, bol de café au lait ; à 10 heures, bol de pâtes et bouillon, deux quenelles, du pain, un verre et demi de vin ; à 2 heures, un demi-bol de pâtes au lait ; à 4 heures, œuf à la coque, un peu de pain, trois quarts de litre de lait.

2 avril. — 6 heures, café au lait ; à 10 heures, soupe de pain, hachis, un verre de vin ; à 2 heures, riz au lait ; à 4 heures, soupe de pain, hachis et pain, gâteau, une orange, 150 grammes de vin d'Espagne, un demi-litre de lait dans la journée ; à 10 heures, un demi-bol de bouillon.

3 avril. — 6 heures du matin, café au lait ; à 10 heures, soupe de pain, deux quenelles, du pain, verre de vin ordinaire, vin d'Espagne ; à 2 heures, un demi-bol de bouillon et pâtes, gâteau ; à 4 heures, soupe au pain, du pain, un œuf à la coque.

Nous ne voulons pas continuer plus longtemps cette fastidieuse énumération. Elle avait cependant son importance ; actuellement la malade supporte cervelles et côtelettes ; elle suit à peu près le régime des malades ordinaires, sauf quelques précautions et soins particuliers. Notons qu'elle n'a pas, depuis son opération, eu une seule fois de vomissements ou de douleur ; un jour elle eut un peu de dégoût pour certains aliments, mais ce symptôme disparut de lui-même et ne s'accompagna même pas de nausées. La plaie opératoire est complètement cicatrisée ; la malade, très contente, prend des forces et même des couleurs. Son

ancien teint jaune tend en effet à faire place à une coloration rosée de bon augure.

Au point de vue thermique, elle reste constamment au dessous de 37°4.

Dès les premiers jours après l'opération (troisième jour), la malade a pu aller à la selle, elle y va assez régulièrement depuis ce moment mais seulement tous les trois ou quatre jours. Aussi lui ordonne-t-on le 3 avril un lavement purgatif; selle abondante. Les phénomènes de cystite persistant, quoique légèrement, on ordonne également huit capsules de térébenthine.

Cette malade est revenue à l'Hôtel-Dieu le 30 mars et j'ai pu constater l'état suivant : la tumeur a sensiblement grossi; elle est du volume des deux poings. Il n'y a cependant pas de cachexie et notre malade mange comme au moment de sa sortie. Mais elle nous raconte qu'elle vomit tous les huit ou dix jours et quelquefois tous les trois ou quatre jours. Elle a d'ailleurs pris 500 grammes d'embonpoint depuis sa sortie. Je suis disposé à admettre que les vomissements tiennent à l'accumulation progressive des aliments dans le duodénum, par un mécanisme que j'expliquerai plus loin et contre lequel j'ai imaginé une nouvelle anastomose intestinale. Il n'y a d'ailleurs jamais eu de vomissements de bile.

Cette malade a été présentée le 2 juin 1892 à la Société des sciences médicales de Lyon par M. Rivière.

Observation CCIX

CANCER DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — SUCCÈS

JABOULAY, *Archives prov. de Chirurgie*, n° 1, juillet 1892.

Françoise F..., salle Saint-Paul, âgée de 57 ans, mariée, exerçant la profession de coiffeuse, née à Charols (Drôme), demeurant à Montélimart, entrée à l'Hôtel-Dieu le 15 mars 1892.

Antécédents héréditaires. — Père mort il y a 32 ans à l'âge de 44 ans de tuberculose pulmonaire; mère morte à 30 ans (la malade avait alors 14 mois). Une sœur de 35 ans (deuxième lit) bien portante.

2 sœurs mortes : l'une à 55 ans, de néoplasme ; l'autre à 23 ans du choléra.

Un frère mort à 45 ans.

Antécédents personnels. Rougeole dans l'enfance ; pas d'adéno-pathie. Régée à 17 ans, toujours normalement ; ménopause à 37 ans. Pas de susceptibilité spéciale aux bronchites.

Mariée deux fois, à 21 ans et à 30 ans. Premier mari, mort de la variole ; Deuxième mari bien portant. Pas d'enfants, mais une fausse couche dans les premiers mois de son mariage. Aucun symptôme pouvant faire soupçonner la syphilis, l'impaludisme, l'alcoolisme.

Il y a 10 ans, « coliques du miserere » très graves. Rechute il y a 6 ans. La malade n'aurait jamais eu d'autres affections avant celle qui l'amène à l'Hôtel-Dieu et contre laquelle elle vient demander des secours à la chirurgie.

Au dire de Françoise F..., les symptômes morbides auraient débuté il y a environ 2 ans par de très légers vomissements ; mais ces vomissements étaient rares, peu abondants, ne s'accompagnaient d'aucune douleur et n'empêchaient point l'alimentation de se faire assez bien sans perte de forces ni amaigrissement. Ce n'est que l'année dernière, à pareille époque, que la malade s'aperçut que ses vomissements devenaient plus fréquents, plus abondants, qu'ils provoquaient des douleurs, encore assez légères, dans la région épigastrique ; en même temps elle remarqua qu'elle perdait ses forces et maigrissait.

Ces vomissements n'avaient point de rapports très fixes avec les repas ; ils apparaissaient spontanément sans grands efforts, tantôt de 3 à 4 heures après les repas. Tout cela avait retenti sur son état général et dès ce moment elle était très sujette à différents malaises, vapeurs, maux de cœur, étourdissements, céphalée.

Mais la situation de la malade n'empira réellement qu'à partir du mois d'août 1891 (le 15 août) ; elle prétend qu'à ce moment elle eut à supporter beaucoup de fatigues et beaucoup de soucis.

Les vomissements deviennent beaucoup plus fréquents et beau-

coup plus abondants. Ils comprennent tous les aliments absorbés et surviennent à presque chaque repas en général ; il y a cependant des variations, tantôt elle vomit cinq ou six fois dans les 24 heures, tantôt une ou deux fois ; mais dans ce dernier cas les matières expulsées sont bien plus abondantes et comprennent tout ce que la malade a absorbé dans les précédents repas qui n'ont pas été suivis de vomissements.

Les douleurs augmentaient également ; et la malade maigrit, s'affaiblit de plus en plus ; elle gardait souvent la chambre, mais elle pouvait encore, quoique très difficilement, exercer son métier peu pénible de coiffeuse.

Constipation marquée : la malade n'allait plus à la selle que tous les trois ou quatre jours.

Depuis deux mois, Françoise F... était entrée dans une période de véritable cachexie.

Les vomissements devenaient continuels ; les douleurs s'accroissaient ; dès ce moment elles sont généralisées à tout l'abdomen ; elles sont continues et sourdes, mais elles deviennent lancinantes, intolérables avant et pendant les vomissements ; elles affectent alors la forme de véritables crises, nerveuses au dire de la malade. Il y a dès lors impossibilité absolue de garder aucun aliment ; les liquides eux-mêmes, le lait en particulier, ne peuvent être tolérés longtemps. Les vomissements surviennent quelquefois assez longtemps après les repas ; mais ils contiennent toujours tous les aliments liquides et solides. Selles très rares, une ou deux par quinzaine ; amaigrissement très prononcé ; apparition du teint jaune paille ; perte des forces au point que la malade ne peut plus sortir de son lit depuis une quinzaine de jours au moment de son arrivée à l'hôpital.

Persistance relative du sommeil qui est entrecoupé cependant par des crises de douleurs et de vomissements. Ni hématinèse, ni mélæna. Pas d'œdème des jambes.

Etat actuel. — Persistance des mêmes symptômes subjectifs,

vomissements, douleurs, etc... Pendant les trois jours qui précèdent l'opération, on contrôle facilement le fait que la malade ne peut supporter aucun aliment, même liquide. Aspect cachectique; teint jaune paille, amaigrissement extrême, œdème malléolaire léger.

A la palpation on sent une petite tumeur dans la région pylorique, mobile, non douloureuse. Quoique à priori, en raison de la petitesse et de la mobilité de la tumeur, on puisse penser à une pylorectomie, on décide d'emblée une gastro-entérostomie.

Opération. — L'opération a eu lieu le 18 mars.

On trouve une tumeur assez volumineuse, assez mobile, serrant très exactement le pylore, ayant la forme d'un sablier, dont une des sphères plus volumineuse, empiéterait sur l'estomac. Cette tumeur paraît avoir 6 à 7 centimètres de long et le volume d'une très grosse noix au point maximum. Pas de généralisation, ni de propagation.

L'opération est faite en 30 minutes. — Sutures, pansement,

Suites opératoires. — Shock peu prononcé : dans la journée un peu de dépression (injection d'éther). Quelques efforts de vomissements. La méthode d'alimentation a été absolument la même que pour la malade précédente.

Pendant les trois premiers jours, elle suce de la glace et prend des lavements alimentaires; puis progressivement prend du bouillon, du lait, etc. Cependant, enhardi par notre précédent succès, nous lui donnons des aliments solides, le même jour qu'à la malade de l'obs. CCVIII c'est-à-dire le 29 mars, elle n'eut jamais d'ailleurs de nausées, ni de vomissements, ni même de dégoût. Les douleurs ont de même complètement disparu. Selles tous les 3 ou 4 jours.

Notons en passant ce fait qui nous a paru typique : trois jours après l'opération, nous ordonnons à la malade de prendre du bouillon; elle refuse, d'abord par crainte sans doute de voir réapparaître les vomissements, et, comme nous la pressions vivement en lui affirmant qu'elle allait mourir de faim, elle nous répondit : « Qu'étant restée

deux mois sans que rien ne passe, elle pouvait bien attendre encore huit jours. »

Notre malade a repris des forces, des couleurs, mange et digère à merveille. Elle est également enchantée de l'opération. La plaie est complètement cicatrisée.

MARCHE DE LA TEMPÉRATURE RECTALE

18	mars	matin	37.8	—	soir	37.8
19	»	»	37.6	—	»	37.8
20	»	»	37.6	—	»	37.8
21	»	»	37.5	—	»	37.8
22	»	»	37.5	—	»	37.5
23	»	»	37.5	—	»	»
24	»	»	37.2	—	»	37.6
25	»	»	37.4	—	»	37.6
26	»	»	37.4	—	»	37.
27	»	»	37.4	—	»	37.6

Cette malade a quitté l'hôpital et nous a donné de ses nouvelles au milieu de mai. Elle dit avoir recommencé à vomir des matières sanguinolentes et à souffrir. Son état aurait empiré.

Observation CCX

CANCER DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE. —
DUODÉNO-JEJUNO-ANASTOMOSE.

JABOULAY. — (*Archives prov. de Chirurgie*, n° 1, 1^{er} juillet 1892).

Génier-Gillet Marie, âgée de 53 ans, ovaliste, rue du Midi, 15, Lyon.

Entrée le 17 mai 1892, salle Saint-Paul, n° 9.

La malade entre pour des troubles de la digestion.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans d'une maladie inconnue. Cependant dans les dernières années de sa vie, il aurait

présenté des phénomènes de dyspepsie et serait mort dans un état cachectique très prononcé.

Six frères ou sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Bonne santé dans l'enfance. Réglée à 17 ans et d'une manière régulière jusqu'à ces derniers mois. Mariée à 28 ans, pas d'enfant.

Il y a 14 mois, sentiment de faiblesse générale, accompagné de troubles digestifs. Pendant trois mois, mauvaises digestions qui amenèrent la malade à un état anémique qui dura trois mois. Au bout de ce laps de temps, elle put reprendre ses occupations ordinaires ; cet état voisin de la santé dura 4 mois.

Mais, il y a 7 mois, exaspération des phénomènes précédents, grande lassitude, constipation opiniâtre, la malade restait quatre, cinq, voire même huit jours sans aller à la selle. Puis subitement, ou bien à la suite de lavements, se déclarait une débâcle accompagnée de coliques intenses. Parfois même diarrhée persistant pendant une huitaine de jours pour être ensuite suivie d'une nouvelle période de constipation. — Appétit très capricieux. Un jour la malade mangeait énormément, alors que le lendemain elle ne pouvait prendre aucun aliment.

Fréquemment, à la suite d'un repas plus ou moins copieux, sensation de fausse digestion durant une demi-journée, parfois même une journée entière, pour aboutir à des vomissements, ceux-ci composés de glaires et d'eau très acide, presque jamais des aliments ingurgités. Quelquefois les matières vomies prenaient une teinte jaunâtre plus ou moins foncée, jusqu'au noir chocolat. C'était alors une énorme quantité de matières comparables, au dire de la malade, à des caillots noirâtres, couleur lie de vin. Jamais de sang pur, à peine quelques stries sanguinolentes. Le matin régurgitations rares composées d'eau acide.

Presque constamment et surtout après les repas, éructation d'une aigreur caractéristique. Le tout est accompagné de douleurs cuisantes, atroces, exaspérées au moment où commence la digestion. Point de

départ de la douleur au creux épigastrique, s'irradiant en ceinture avec un maximum fréquent à l'opposite dans la région dorsale.

Etat actuel. — Tous ces phénomènes sont ceux que présente actuellement la malade. Ils ont fortement réagi sur l'état général, la malade se plaint d'avoir maigri beaucoup, elle est lasse au moindre effort. Le facies est peu caractéristique; la figure est assez pleine, quoique présentant une couleur tirant sur le jaune paille.

Les yeux sont brillants, entourés d'un cercle noir, témoignant de l'insomnie et de douleurs constantes

La malade ne s'alimente plus, le lait qui depuis longtemps était la seule nourriture de la malade n'est plus aujourd'hui supporté. Répulsion pour la viande.

La malade ne peut plus faire aucun travail, depuis deux mois elle est condamnée au lit. A la palpation on sent une légère induration de la paroi antérieure de l'estomac. A la percussion, tympanisme stomacal s'étendant jusqu'au niveau de l'ombilic. Pas d'œdème des jambes. Rien au cœur, rien aux poumons. La malade pèse 37 kil. 5, alors qu'il y a environ 10 ans son poids était de 60 kilogr.

Opération : 18 mai 1892. — Anesthésie à l'éther. Après un lavage très abondant de l'estomac, M. le Professeur agrégé Jaboulay pratique l'anastomose de l'estomac et du duodénum suivant le procédé opératoire décrit par lui. Il existe au pylore une tumeur grosse comme une mandarine. Puis deuxième anastomose entre le duodénum et le jéjunum. L'opération a duré 1 h. 05.

Suites opératoires. — Le soir T. 38.

19 mai, T. 37°.4 le matin; 38°.4 le soir.

La malade ne se plaint pas, elle n'accuse aucune douleur.

20 mai, T. matin 38°.3, soir 38°.6.

La malade se plaint d'un léger ballonnement du ventre. On lui ordonne un siphon champagnisé, la malade en boit un verre.

21 mai, T. matin 38°.1, soir 38°.3.

Le champagne n'a pas été vomi. La malade se plaint de douleurs abdominales. On lui ordonne du lait et de l'eau de Vichy.

22 mai, T. matin et soir 38°. La malade se trouve très bien ; elle continue à boire de l'eau de Vichy.

23 mai, T. matin 37°.8, soir 37°. La malade mange.

A 6 h. 1/2 du matin : café au lait avec eau de Vichy ;

A 10 h. 1/2 : petit potage de tapioca ;

A 4 heures du soir : 2^e potage de tapioca ; un demi-litre de lait.

24 mai. La malade accepte enfin de manger ; jusqu'à ce jour elle redoutait toujours de voir revenir ses vomissements.

A 6 h. 1/2 du matin : café au lait, limonade, eau de Vichy ;

A 10 h. 1/2 : potage de vermicelle ;

A 11 heures : quelques bouchées de poulet rôti, lait, limonade.

25 mai, matin : café au lait ;

A 10 h. 30 : potage de tapioca ;

A 11 heures : poulet rôti ; bu eau de Vichy, un demi-litre de lait et de limonade ;

A 4 h. 1/2, potage de tapioca ; limonade.

26 mai, à 10 h. 30, potage de pain, limonade et lait.

A 12 h. 30, petits pois au jus et pigeon rôti.

27 mai, à 6 h. 30, café au lait ;

A 10 h. 30, potage de pain ;

A 4 h. 10, potage de riz, demi-litre de lait, limonade, eau de Vichy.

28 mai. — 6 h. 30, café au lait ;

10 h. 15, potage au riz ;

11 heures, riz au jus, eau de Vichy, demi-litre de lait ;

4 heures du soir, potage de riz.

29 mai. — 6 h. 30, café au lait ;

10 h. 40, riz au gras, poulet, bouilli ;

4 heures, potage de riz, demi-litre de lait et eau de Vichy.

30 mai. — 6 h. 30, café au lait ;

10 heures, riz au gras et poulet bouilli ;

4 heures, potage de riz, demi-litre de lait et eau de Vichy.

31 mai. 6 h. 30, café au lait ;

10 heures, potage de pain, pommes de terre en purée, mouton rôti, lait et eau de Vichy ;

4 h. 30, potage de riz, pruneaux.

1^{er} juin. — 6 h. 30, café au lait ;

10 h. 20, potage de pain, un œuf ;

4 h. 30, potage de riz, lait, eau de Vichy.

2 juin. — 6 h. 30, café au lait ;

10 h. 40, potage de pain, bœuf bouilli et salade de pommes de terre ;

4 heures, potage de farine jaune, gratin de riz, lait, eau de Vichy.

3 juin. — 6 h. 30, café au lait ;

10 h. 40, potage de pain, bœuf bouilli et purée de pommes de terre, lait et eau de Vichy.

On voit que la malade n'a pas vomi une seule fois depuis l'opération. Elle mange à peu près de tous les aliments ; la viande serait assez mal tolérée. Depuis le 27 mai, la malade se lève tous les jours. Elle ne souffre à peu près plus. Un peu de douleur à la pression au niveau de la plaie. Légère constipation. La malade réclame tous les jours un lavement ordinaire. Le 1^{er} juin la malade pesait 38 k. 10 au lieu de 37 k. 5, le jour de l'opération. Cette alimentation est restée parfaite jusqu'à la date actuelle, 15 juin 1892, sans vomissements, sans douleurs.

Observation CCXI

CANCER DU PYLORE AVEC CACHEXIE AVANCÉE. — PYLORECTOMIE COMBINÉE AVEC LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE

DOYEN, *Guérison opératoire, Archives prov. de Chirurgie*, n° 1, 1^{er} juillet 1892.

Cette malade, âgée de 33 ans, mère de 9 enfants, souffrait de l'estomac depuis 9 années. La dyspepsie s'accroissait petit à petit. Depuis

plus de 2 ans, la nutrition était insuffisante. La malade s'amaigrissait, les règles n'étaient pas apparues depuis près d'un an. Il y a 6 ou 7 mois se produisirent des vomissements périodiques tous les 3 ou 4 jours d'abord, puis quotidiennement, aussitôt l'ingestion de la moindre quantité de liquide. Jamais d'hématémèse, ni de mélæna. La faiblesse de la malade était telle qu'elle ne quittait plus le lit depuis une huitaine de jours. Son mari l'apporta sur les bras à ma consultation. L'émaciation était extrême. On constata *de visu* au-dessous et à droite de l'ombilic une tumeur du volume d'une petite orange faisant saillie sous les téguments. Cette tumeur était très mobile. L'estomac était médiocrement dilaté, il rejetait les liquides eux-mêmes aussitôt leur ingestion.

D'après les symptômes subjectifs et l'exploration, il était hors de doute que la tumeur siégeait au niveau du pylore. La sténose semblait poussée à sa dernière limite depuis deux semaines environ. La malade fut admise sur-le-champ à ma clinique particulière et reçut aussitôt un lavement d'eau, de vin, de sel et de café. Les lavements nutritifs furent donnés 5 et 6 fois par 24 heures et pendant 4 jours de suite afin de ramener quelque peu avant l'opération les forces de la patiente.

L'induration cancéreuse semblant s'étendre sur la grande courbure, je décidai de pratiquer l'extirpation totale de la tumeur et la fermeture isolée en cul-de-sac de l'estomac et du duodénum ; puis l'abouchement au voisinage de la grande courbure de la première anse du jéjunum (pylorectomie combinée avec la gastro-entérostomie ou procédé opératoire de Billroth). L'opération faite sous l'anesthésie chloroformique se composa des temps suivants :

1° Incision médiane sus-ombilicale ;

2° Exploration de la tumeur, qui est mobile profondément, n'offre pas de connexion avec le côlon, mais s'étend sur le quart de la grande courbure et des deux faces de l'estomac, et sur le duodénum jusqu'au voisinage du pancréas ;

3° Découverte de la première anse du jéjunum, qui est reconnue à son émergence sous les vaisseaux mésentériques supérieurs. L'anse

intestinale attirée au dehors est maintenue au voisinage de la plaie par une anse de fil traversant le mésentère :

4° Isolement de la tumeur au niveau de la grande et de la petite courbure dans leur tiers pylorique, et du duodénum jusqu'à 1 centim. et demi de la tête du pancréas. Aucun engorgement ganglionnaire apparent ;

5° Section de l'estomac entre deux de mes pinces à pression parallèle. La tumeur étant rejetée à droite entre des compresses, je procède à la désinfection de la bandelette muqueuse qui émerge des pinces, puis à la confection du premier plan de sutures (plan séro-muqueux). Au-delà des pinces et sans ouvrir la cavité stomacale, les pinces enlevées il est aisé de pratiquer les deux surjets superficiels. L'estomac est réduit momentanément afin de laisser libre le champ opératoire du côté du duodénum.

6° Je pratique alors la section du duodénum au-dessus d'une pince médiocrement serrée, puis l'occlusion de son calibre par un plan séro-muqueux et deux plans séro-musculaires superposés. Le dernier plan de suture se trouve en contact avec le tissu pancréatique.

7° Il s'agit alors de pratiquer la gastro-entérostomie. La première anse du jéjunum est attirée de nouveau hors de l'abdomen au contact de l'estomac. Nous choisissons pour l'emplacement du nouveau pylore au voisinage de la grande courbure, sur la face antérieure de l'estomac, une ligne verticale parallèle à notre ligne de réunion et située à quatre ou cinq centimètres à sa gauche. La section des parois du viscère est faite aussi parallèlement au trajet des branches artérielles qui les sillonnent et il n'y a pas à craindre la mortification du point musculo-séreux assez étroit qui sépare de notre ligne de suture le nouveau pylore. La section de l'intestin est faite longitudinalement, mais avant d'inciser les tuniques de l'estomac et de l'intestin, je commence par réunir les séreuses par deux plans de sutures semi-circulaires dont les extrémités restent indiquées chacune par des anses de soie maintenues entre les mors de quatre pinces hémostatiques. L'estomac, puis

l'intestin sont incisés au thermocautère après l'application sur chacun d'eux d'une pince à pression élastique destinée à empêcher l'issue de leur contenu. Les deux plans séro-muqueux sont réunis rapidement par un surjet circulaire. Les pinces sont enlevées et les deux plans de suture séro-muscleux parachevés en empiétant quelque peu sur les extrémités de leur demi-cercle profond primitivement terminé. L'estomac, l'intestin grêle et le côlon sont réduits à leur place respective ; ce dernier ne paraît produire aucun tiraillement de l'anastomose gastro-jéjunale et vient se loger tout naturellement dans la profondeur au-devant du pancréas.

Quelques points de suture réparent les brèches épiploïques au voisinage du pancréas et du moignon stomacal.

8° Fermeture du ventre par une suture à trois étages et à points séparés

L'opération a duré 2 heures et demie environ.

La tumeur ne permettait pas le libre passage d'une sonde cannelée, et la sténose offrait 5 cent. de longueur. Quatre jours après l'opération, la malade, dont la température avait à peine atteint 37°5, commence à se nourrir pour être levée le dixième jour. Les forces et l'état général s'améliorent rapidement.

Trois semaines après l'opération, elle digérait quelques aliments solides. Depuis, les forces sont revenues et l'alimentation se fait de mieux en mieux.

Observation CCXII

CANCER DU PYLORE. — GANGLIONS CANCÉREUX DANS LE VOISINAGE. — PYLORECTOMIE (AVEC EXTIRPATION DU GANGLION) ET ABOUCHEMENT DANS LE JÉJUNUM DE LA SECTION STOMACALE (GASTRO-ENTÉROSTOMIE SPÉCIALE). — MORT LE DIXIÈME JOUR A LA SUITE D'UNE PERFORATION AU NIVEAU D'UN POINT DE SUTURE.

DOYEN, *Archives provinc. de Chirurgie*, n° 1, 1^{er} juillet 1892.

C'était une femme, âgée de 39 ans, présentant une tumeur mobile

dans la région épigastrique. Peu de vomissements, Aucun signe de sténose pylorique. En raison de l'étendue de la tumeur et de l'envahissement non douteux des parois de l'estomac sur une certaine étendue, nous décidâmes de pratiquer de nouveau l'ablation de la tumeur, et si, comme il était probable d'après l'examen local, la section transversale de la totalité de l'estomac se montrait nécessaire, la fermeture séparée du duodénum et de l'estomac et la gastro-entérostomie. L'opération fut pratiquée comme la précédente : Anesthésie chloroformique ; incision médiane ; exploration digitale ; isolement de la tumeur, qui envahit les 2/3 de l'étendue de l'estomac et empiète au travers du pylore sur le duodénum au niveau de la grande courbure.

La tumeur était séparée de l'estomac, puis du duodénum, entre deux pinces à pression élastique, et ce dernier est refermé par nos trois plans de suture habituels. De gros ganglions sont extirpés dans tout le voisinage. Du côté de l'estomac, la suture est commencée au niveau de la petite courbure, tout près du cardia. Les parois de l'organe se trouvent réséquées en presque totalité, de telle sorte qu'il n'existe plus à côté de la grande courbure que de quoi ménager un canal étroit, du diamètre de l'intestin grêle, entre le cardia et l'extrémité du viscère. Nous avons alors la mauvaise idée d'aboucher l'extrémité de la section stomacale elle-même, dans le jéjunum, au lieu de pratiquer à cet effet, sur un autre point, une incision spéciale de l'estomac. A vrai dire, nous étions presque dans l'obligation d'agir ainsi, tellement il restait peu du grand cul-de-sac, dont nous craignions de compromettre la vitalité par une nouvelle incision. De plus, la malade était faible et il fallait se hâter. L'estomac, refermé d'abord longitudinalement, fut donc abouché dans le jéjunum par une suture en forme de raquette dont l'anneau fut réuni à la plaie intestinale par trois plans séro-muqueux, séro-muscleux profond et séro-muscleux superficiel. Ces trois plans furent renforcés au niveau de la jonction de la suture circulaire gastro-jéjunale et de la suture longitudinale de l'estomac ; puis le tout fut réduit dans l'abdomen. Au bout de 9 jours, la guérison semblait assurée et la

température se maintenait à 37° 5 et 38°, lorsqu'un soir, la malade se trouva moins bien et se plaignit du ventre. L'abdomen distendu était douloureux ; le délire se produisit au bout de quelques heures et la mort survint avec une température de 41°.

Les liquides ingérés s'étaient frayé passage au point de jonction des sutures où la multiplicité des fils avait déterminé la nécrose d'une étendue minuscule des parois de l'estomac. Tout le reste de la ligne de réunion était intact ; la communication avec le jéjunum avait au moins le volume du ponce.

Notre suture, malgré ses trois plans, ne faisait, ni du côté de l'estomac, ni du côté de l'intestin, la moindre saillie capable de gêner l'écoulement du contenu gastrique.

L'étude de la pièce prouve que, bien qu'il n'y ait pas eu avant l'opération de signes de sténose pylorique, la tumeur envahissait la première partie du duodénum, mais en laissant saine une bandelette de muqueuse, de près de deux centimètres de largeur.

Observation CCXIII

CANCER DE L'ESTOMAC INOPÉRABLE DE LA PETITE COURBURE. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE. — GUÉRISON.

DOYEN, *Archives prov. de Chirurgie*, n° 1, 1892, 1^{er} juillet.

Une autre opération pour cancer se rapporte à un néoplasme de la petite courbure chez une femme de 38 ans, qui présentait depuis deux ans des symptômes de dyspnée grave, très douloureuse.

Depuis 5 mois, vomissements incoercibles, malgré les moyens thérapeutiques les plus variés ; quelques évacuations noirâtres, amaigrissement progressif.

A l'exploration, saillie légère du bord libre du foie. Je n'ai pu reconnaître la moindre tumeur. Le diagnostic du docteur Chevrier, médecin traitant, était celui d'ulcère d'estomac. M. le docteur Roussel, mon assistant, avait cependant perçu à un autre moment, une tumeur

stomacale, et ce fait ayant été vérifié par l'opération il est probable que la petite courbure s'était montrée un instant plus accessible au creux épigastrique, par suite d'un mouvement de bascule de l'estomac. L'opération fut pratiquée en présence du docteur Périet (de Paris), du docteur Chevrier et de quelques autres confrères. En haut de l'incision, en soulevant le bord tranchant du foie, on aperçut immédiatement, à la surface de l'estomac, au niveau de la petite courbure, une induration mamelonnée caractéristique. L'exploration digitale démontra que le néoplasme s'étendait sur les deux faces de l'estomac, le long de la petite courbure et dans le sens transversal, du voisinage du cardia à 1 centimètre du pylore. L'extirpation totale en étant matériellement impossible, il fallut se résigner à pratiquer la gastro-entérostomie.

Le côlon transverse fut détaché de l'estomac et la première anse du jéjunum amenée en contact de la face postérieure de l'organe.

Je commençai par appliquer deux plans superposés et hémicirculaires de sutures en surjet, adossant la séreuse, puis l'intestin fut ouvert longitudinalement et l'estomac perpendiculairement à la grande courbure, c'est-à-dire parallèlement à la direction de ses vaisseaux sanguins.

Les lèvres de l'incision furent réunies de part et d'autre par un surjet séro-muqueux, de façon à obtenir d'emblée une fermeture hermétique de la plaie et à assurer entre les deux viscères une communication ovalaire de 4 centimètres au moins dans son grand diamètre.

Le surjet séro-muqueux terminé, nous finissons immédiatement le second plan séro-musculaire, puis le troisième. Enfin le ventre est refermé, après réduction des viscères momentanément maintenues hors de l'abdomen.

Les suites de l'opération furent apyrétiques et ne présentèrent, comme particularité, que quelques régurgitations bilieuses dues à la pénétration de la bile par l'ouverture gastro-jéjunale et observées en général après cette opération.

Observation CCXIV

RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE OU RÉTRO-COLIQUE.

DOYEN, *Archives provinc. de Chirurgie*, 1892, n° 1, 1^{er} juillet.

Nous venons enfin de pratiquer le 9 juin, en présence de M. le docteur Marcel Baudouin (de Paris) et de plusieurs confrères une autre gastro-entérostomie chez un homme âgé de 40 ans, atteint de rétrécissement du pylore. Les premières hématomésés de ce malade étaient survenues à l'âge de 26 ans ; la dernière avait eu lieu il y a quelques semaines. L'état général était mauvais. Nous avons pratiqué la gastro-entérostomie rétro-colique après nous être assuré par le palper de la nature non néoplasique du rétrécissement.

Nous espérons que l'opération amènera la cessation des accidents, c'est-à-dire des hématomésés, et permettra au malade d'abandonner le régime exclusif du lait et d'eau de Vichy qu'il s'impose depuis de longues années.

Observation CCXV

CANCER DU PYLORE GÉNÉRALISÉ. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE.

Par M. le Dr H. DELAGENIÈRE (du Mans), membre correspondant de la Société de chirurgie, rapportée par H. Matignon, observ. CLXIII, thèse, Bordeaux, 1892, p. 159.

Le nommé B..., Louis-Philippe, âgé de 59 ans, agriculteur à Tische (Sarthe), entre le 9 juillet 1892 à la maison de santé du Mans.

Rien à relever au point de vue de l'hérédité. Il fait remonter sa maladie à dix ans et l'attribue à un traumatisme dont il porte la trace au niveau du creux épigastrique, nous apprenons qu'il est dyspeptique depuis trente ans, que depuis dix années il souffre continuellement, vomit souvent une heure ou deux après ses repas.

Il y a dix mois, il a eu une hématomésé considérable suivie d'une selle contenant une grande quantité de sang. Depuis trois mois, les douleurs sont considérables, il ne peut digérer qu'un peu de lait dont

il vomit la plus grande partie ; enfin, depuis un mois environ, il rend constamment dans ses vomissements quelques caillots de sang.

État avant l'opération. — État général mauvais. Teint cachectique, mais les téguments n'ont pas la coloration jaune paille. Le malade affirme qu'il a maigri beaucoup, depuis deux mois surtout.

Rien au cœur, rien aux poumons.

Urines normales avec diminution de l'urée (13 gr. en 24 heures). Les aliments arrivent facilement à l'estomac, y séjournent quelquefois plusieurs heures pendant lesquelles le malade ne cesse de souffrir. Puis surviennent les vomissements, contenant les aliments modifiés et des petits caillots de sang. Le lait coupé avec de l'eau de Vichy est rendu également. Rien ne passe. Les vomissements sont parfois bilieux. Localement la région pylorique est très douloureuse à la pression. On y perçoit de l'empatement, mais nulle part on ne trouve une tumeur proprement dite. Pendant les trois jours que j'ai le malade en observation, je l'alimente avec des lavements nutritifs, dans le but surtout d'employer un genre d'alimentation après l'opération.

Opération le 12 juillet 1892. — Je fais avant l'opération un lavage soigné de l'estomac.

Le chloroforme est confié au docteur Bolognesi (du Mans), et je suis assisté par le docteur Baudouin, de Paris. Sont présents à l'opération les docteurs Bruneau, Claudot, Schindler, Persy, Vincent, de Paoli, Codet.

Incision médiane partant de l'appendice xiphoïde et descendant d'emblée à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic, que j'ai contourné à gauche.

Ouverture facile de la séreuse qui adhère cependant à l'épiploon ; l'exploration permet de reconnaître, à travers les adhérences multiples, une masse qui occupe la région du pylore et a envahi une partie de l'estomac. La grande courbure se présente presque verticale et très diminuée de volume. L'épiploon est partout adhérent au péritoine pariétal. Je ne puis songer à le relever, et je pratique au travers de lui une ou-

verture, en le détachant du bord convexe de l'estomac. Je puis ensuite soulever l'organe et explorer la face postérieure. Je récline en bas le côlon transverse, puis pratique à travers le méso-côlon une ouverture à travers laquelle je me propose d'attirer l'anse du jéjunum.

La recherche de cette portion de l'intestin est rendue très difficile. Je prends pour point de repère l'aorte, puis l'artère mésentérique. Je reconnais la situation du pancréas, et saisis une anse d'intestin qui me paraît vide en cet endroit. J'attire cette anse par ma boutonnière et reconnais bientôt que ce n'est pas la première partie du jéjunum.

En dévidant l'intestin, il est facile de constater que cet organe présente des parties fort longues, de 30 et 40 centimètres, sur lesquelles le calibre est très rétréci.

Dans ces endroits, l'intestin est rubané, plissé longitudinalement et ne contient ni gaz, ni matières.

Je replace toutes les anses dans l'arrière-cavité, puis je recherche le duodénum. Cette fois, je ramène l'anse cherchée que je reconnais à l'adhérence de la troisième portion du duodénum.

Je choisis pour établir mon anastomose le point du jéjunum, situé à 6 centimètres du duodénum. J'opère dans une cavité peu profonde, mais il m'est impossible d'extraire l'estomac hors du ventre.

Anastomose. -- C'est le procédé des deux boutonnières auxquelles je me propose de donner une longueur de 4 centimètres. Je pratique, sur l'estomac, sur une longueur de 7 centimètres, une première rangée de points de sutures musculo-séreux de M. Terrier (11 fils entrecroisés). Je repasse ces 11 fils dans les parties correspondantes de l'intestin. Tous mes fils ainsi placés, je les noue successivement de bas en haut et termine par un fil en bourse placé aux deux extrémités.

Mes deux cylindres sont ainsi accolés. A 5 millimètres de ce premier rang, je place un deuxième rang de sutures séreuses en surjet, en arrêtant tous les deux ou trois points de mon surjet et en plaçant aux deux extrémités 2 fils en bourse que je laisse en attente.

Je pratique, à un centimètre de ces rangs de suture, une ouverture de 4 centimètres de longueur à l'estomac et une ouverture semblable à l'intestin.

Je fais, en prenant la muqueuse des deux organes et en traversant la séreuse, un surjet à points très serrés, en arrêtant tous les deux points. Je place mon fil au ras des sutures d'attente. Je continue le surjet circulairement, commençant sur l'autre lèvre de la boutonnière mon premier rang de suture. Je ferme ainsi complètement cette boutonnière en ayant soin de bien renverser la muqueuse en dedans et par endroits en excisant les parties exubérantes.

Je place par dessus ce rang muqueux deux rangs séreux à suture de Lembert à surjet.

Je ferme aux deux extrémités deux fils en bourse et j'en place deux autres.

Je pratique un nettoyage soigné de l'arrière-cavité des épiploons avec des tampons montés. puis je replace mes anses intestinales dans l'arrière-cavité, descendant l'estomac de façon que l'anastomose ira correspondre à la boutonnière du méso-côlon. Plusieurs ligatures sont faites sur l'épiploon qui a été sectionné, puis la paroi est suturée par une suture à triple étage.

Pansement. — Gaze iodoformée et ouate de tourbe ; chloroforme, 90 grammes. Durée totale : 2 heures.

Marche. — L'opération est suivie d'un shock opératoire assez inquiétant, qui nécessite quelques injections d'éther.

Vomissements bilieux qui sont attribués au chloroforme. Le soir, la température est à 38°4.

13 juillet. — T. 36°6 et 37°2, le malade est agité ; il continue à vomir de la bile.

Glace ; lavements alimentaires toutes les 3 heures.

14 juillet. — T. 36°6 et 36°8. Agitation ; vomissements contenant des matières intestinales. Glace, lavage de l'estomac, lavages nutritifs.

15 juillet. — T. 36°6 et 36°8. Amélioration sensible ; vomissements bilieux, lavage de l'estomac, lavements nutritifs.

16 juillet. — T. 36°6 et 37°. Vomissements fréquents et bilieux ; affaiblissement considérable du malade qui ne peut plus rien garder dans l'estomac, lavements nutritifs. — Mort dans la soirée, cinquième jour après l'opération.

L'autopsie du malade ne put être pratiquée, mais l'absence absolue de température et de ballonnement du ventre, etc..., nous permet d'attribuer la mort à une autre cause que le péritoine. Nous serions tenté de la regarder comme la conséquence de l'état de cachexie auquel était arrivé le malade.

Après l'opération, les vomissements ne cessèrent pas. La présence de la bile fut toujours constatée dans les matières vomies et, pendant quelques heures, celle de matières intestinales. Enfin, à aucun moment, le malade ne put conserver dans l'intestin la moindre parcelle d'aliments solides ou liquides.

Observation CCXVI

CANCER DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE

DUBOURG, Communiqué par F. Pépin, interne des hôpitaux.

Marguerite N..., 55 ans, femme de journée, entre à l'hospice le 26 septembre 1892, salle 1 *bis*, lit 25. Service de M. le Dr Dubourg. Elle vient se faire soigner pour des maux d'estomac et une tumeur du ventre.

Ses antécédents héréditaires sont sans importance ; elle nous raconte pourtant que sa mère est morte à l'âge de 60 ans, d'une maladie chronique de l'estomac qui présentait assez d'analogie avec l'affection dont elle se plaint.

Dans son histoire personnelle, signalons des abcès froids dans la région cervicale droite, abcès froids suivis de fistules assez longues à guérir, dont on voit d'ailleurs encore les cicatrices. Tout le reste de son passé est insignifiant pour nous.

Réglée pour la première fois à 16 ans. Elle a toujours été bien réglée. Elle est mère de 8 enfants. Ses grossesses se sont terminées sans accident.

Sa maladie a débuté au mois de janvier dernier par de la pesanteur d'estomac. Des renvois acides tout d'abord, bientôt fétides, des régurgitations; le tout une heure ou deux après le repas. Quelques mois après surviennent des vomissements, ces derniers alimentaires la plupart du temps. Mais, fait important, le matin et quelquefois même au milieu de la nuit, la malade vomit une quantité assez considérable d'un liquide analogue à de l'eau. Jamais d'hématémèse, jamais de substance analogue à de la suie ou du marc de café dans les matières vomies. Jamais cette douleur en broche que l'on rencontre si souvent dans l'ulcère rond. Constipation habituelle, mais opiniâtre depuis trois mois. Jamais de mélæna et à partir de cette date, l'état de la malade s'aggrave sensiblement. Elle perd ses forces, s'amaigrit, ne peut rien garder. Elle-même, pendant l'interrogatoire, nous signale des vomissements électifs; elle constate enfin l'existence d'une tumeur dans la région épigastrique. Actuellement elle est très faible (30 kilogr., — elle pesait 65 kilogr. au mois de mars). Son teint est terreux, ses extrémités habituellement froides. Son pouls est petit. Les signes fonctionnels que nous relevons sont ceux que nous avons déjà décrits. Ajoutons seulement une intolérance complète de l'estomac.

L'examen de l'épigastre permet de reconnaître une très notable dilatation de l'estomac et l'existence d'une tumeur du volume d'une petite orange, peu mobile, dure, bombée à la surface, douloureuse à la pression, qui semble fuir en haut sous le rebord costal, et située à droite au niveau du rebord externe du grand droit de l'abdomen.

La foie n'est pas augmenté de volume, on ne sent point de bosse-lure à sa surface. La rate semble saine. Le reste du ventre ne paraît présenter aucune lésion. Les urines sont claires, sans albumine. Faiblesse des battements du cœur. Pas d'œdème des membres inférieurs.

La malade nous est envoyée d'un service de médecine et demande elle-même une intervention.

Le 2 octobre, ainsi que le 3 et le 4, lavage de l'estomac à l'eau boriquée, tiède très étendue. Ce lavage est fait à l'aide du tube de Faucher. Dans le liquide rendu on trouve des morceaux de poire, des pépins de raisins et cependant la malade est au régime lacté absolu, depuis son entrée à l'hospice Saint-André qui remonte à 17 jours. Ces lavages sont assez mal tolérés, le dernier même détermine une syncope.

Mardi 5 octobre, opération. — Disons de suite que la chloroformation est très difficile à cause de la faiblesse de la patiente. On est obligé à plusieurs reprises de suspendre l'anesthésie et de faire des injections de caféine.

Après l'antisepsie préalable du champ opératoire, mon maître M. Dubourg commence la laparotomie par l'incision médiane allant de l'appendice xiphoïde jusqu'au-dessous de l'ombilic à deux travers de doigt. Le péritoine est pincé, incisé de haut en bas. Un fil de soie aseptique maintient les lèvres de la plaie de chaque côté. La paroi antérieure de l'estomac est attirée et maintenue au dehors. M. Dubourg fait un pli correspondant au milieu de cette face et nous le confie pour aller à la recherche de l'anse jéjunale. Ne pouvant relever le grand épiploon, l'anse intestinale est attirée à travers un trou fait dans le tablier péritonéal, saisi par un aide et placé en regard du pli stomacal. Des compresses étuvées ferment la cavité abdominale tout autour des anses herniées. Les boutonnières stomacales et jéjunales sont établies. M. Dubourg commence la suture :

- 1° Plan de suture sur les séreuses des deux lèvres postérieures ;
- 2° Plan de suture sur les muqueuses de ces mêmes lèvres ;
- 3° Plan de suture sur les muqueuses des lèvres antérieures ;
- 4° Plan de suture sur les séreuses de celles-ci.

Les sutures séro-séreuses sont des sutures de Lembert, mais à points continus avec arrêt tous les quatre points.

Ces sutures sont faites au catgut avec l'aiguille fine de Reverdin.

L'anastomose établie, le tout est rentré dans le ventre puis suture

des parois suivant les procédés ordinaires. Malgré les difficultés de la chloroformisation, l'opération est rapidement menée et presque à sec, car la perte de sang uniquement des parois abdominales, du reste, est tout à fait insignifiante. La malade transportée dans son lit est très faible. Elle reste somnolente jusqu'à cinq heures de l'après-midi. Injection de caféine, lavements de peptone ; la nuit est bonne.

6 octobre. — La malade est toujours très faible, pas de fièvre, pas de vomissements, pas de ballonnement de ventre. Le poulx est toujours petit, les extrémités froides. Lavement avec cognac, peptone qui sont tout de suite rendus.

7 octobre. — Même état, même mouvement.

8 octobre. — La malade s'affaiblit de plus en plus et meurt à 10 heures, soit trois jours après l'opération.

9 octobre. — Autopsie.

Péritoine absolument sain. Gros intestin ratatiné de la grosseur du pouce. Ptose complète du côlon transverse, ratatinement des anses de l'intestin grêle. L'entéroptose nous explique dès lors pourquoi il a été impossible de soulever l'épiploon. Foie sain, sans noyaux secondaires, pas de ganglions dans l'épiploon gastro-hépatique. Rate, reins normaux. Au niveau du pylore, tumeur grosse comme une orange, engainant en anneau toute la région pylorique.

Suture au niveau de la gastro-anatomose complètement prise et solide, aucun point n'a cédé. La suture résiste à une traction assez forte. Incision de l'estomac. Il est presque impossible de faire passer l'auriculaire dans l'orifice pylorique qui est considérablement rétréci. La bouche anastomotique est parfaite, elle laisse passer les deux pouces appliqués l'un contre l'autre.

Les coupes microscopiques de la tumeur faites au laboratoire du professeur Coyne, ont ratifié le diagnostic clinique, c'est-à-dire carcinome du pylore.

Observation CCXVII

CANCER DE L'ESTOMAC. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MORT.

Observation recueillie dans le service de M. le professeur agrégé VILLAR, p. J.-J. MATIGNON. *Thèse de Bordeaux*, 1892, p. 154, obs. CLXIV.

Jeanne E..., 52 ans, entre le 11 novembre 1892 dans le service de M. le professeur agrégé Villar, salle 9, lit 21, se plaignant de vives douleurs siégeant au creux épigastrique et d'un amaigrissement très rapide.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'une pleurésie. Elle ne nous donne aucun renseignement sur sa mère. Elle a un frère en parfaite santé.

Antécédents personnels. — D'une façon générale elle a toujours eu une bonne santé. Elle aurait peut-être eu la fièvre typhoïde dans son enfance. Elle est mariée, a eu onze enfants dont dix sont encore en vie. Cette femme s'est toujours assez bien nourrie, elle n'a jamais fait d'excès alcooliques.

Les douleurs qu'elle accuse et qui l'ont décidée à entrer à l'hôpital ont débuté il y a six mois environ.

Vers le mois de mai, elle commença à éprouver au niveau du foie, de petites douleurs, surtout marquées après le repas, douleurs qui irradiaient au creux épigastrique, mais dont la durée n'était pas très considérable. Cette malade continuait cependant à manger, sa digestion se faisait assez normalement, elle était constipée, mais elle n'avait point de vomissements. Depuis deux mois les douleurs sont devenues plus intenses. Elles se sont surtout localisées au creux épigastrique, se propageant de là un peu dans tous les sens, mais surtout à droite.

La douleur épigastrique est maintenant continue, la malade la compare à celle que provoquerait un « rat qui lui rongerait les foies. » La douleur s'exaspère après l'ingestion des aliments.

Le matin, la bouche est amère, la langue blanche, l'haleine fétide. Mais la malade n'a pas d'envies de vomir, pas de pituite. Du reste, le fait mérite d'être signalé : la malade n'a jamais vomi.

La constipation est assez opiniâtre. La malade ne va guère que tous les 5 à 6 jours à la selle. Elle n'a pas eu de mélcena, ou tout au moins ne l'a pas remarqué. Elle aurait constaté quelques fois du sang dans ses selles. Cette femme qui au début de sa maladie, mangeait même avec appétit, est maintenant dégoûtée de la viande et des graisses. Elle leur préfère des aliments très épicés; aigres (salade), malgré que leur ingestion soit pour elle une source de douleurs.

Elle a beaucoup maigri, surtout depuis un mois et demi. Quand nous avons examiné cette femme, le 11 novembre 1892, voici ce que nous avons noté :

La face présente cette teinte jaune terreuse assez caractéristique de l'affection qui l'amène à l'hôpital; malgré que les traits soient tirés, la figure présente une sorte de bouffissure. Les bras et les cuisses sont grêles. La malade transpire très facilement. La région épigastrique, au lieu de présenter une dépression, est au contraire légèrement projetée en avant. La main appliquée à ce niveau, perçoit une tumeur dure, assez régulière, n'adhérant pas à la paroi abdominale. Cette tumeur suit les mouvements que lui imprime la main. Elle s'abaisse et s'élève par la respiration.

Cette tumeur occupe à peu près exactement la ligne médiane; elle est régulière sur sa face antérieure, il n'en est pas de même sur les côtés.

Elle semble avoir une forme cubique et s'engage en haut sous les fausses côtes. Elle est très mobile et transmet très bien aux doigts les pulsations aortiques. Les dimensions sont : dans le sens transversal, 14 centimètres, dans le sens vertical : 8 centimètres. L'estomac est dilaté. L'ingestion d'un verre d'eau nous permet facilement de produire le clapotage.

La recherche des ganglions sus et sous-claviculaires est restée négative. Le cœur et le poumon n'ont rien à signaler. Cependant le pouls radial est faible. Nombre des pulsations : 80.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes. La rate n'est pas augmentée de volume.

La quantité d'urine rendue en 24 heures est de 1600 grammes. Sa densité est de 1008. Réaction faiblement acide. Urée 6 grammes par litre. Soit 10 grammes environ par 24 heures. Les chlorures évalués en chlorure de sodium existent dans les proportions de 3 gr. 51 0/0. — A l'heure présente cette malade n'accuse que de la douleur et s'effraye de son amaigrissement. La douleur est continue. Mais Marie E..., ne vomit pas. Elle mangerait même avec appétit, la viande exceptée ; mais elle redoute les douleurs qui suivent l'ingestion des aliments.

Le ventre est souple. L'exploration en est facile, non douloureuse. Le toucher rectal ne montre rien d'anormal dans l'extrémité inférieure du tube digestif. On constate la présence d'une grande quantité de segballes. Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus abaissé. Cette femme a été réglée régulièrement jusqu'à 50 ans. Son poids est de 40 kilogr. au moment de son admission à l'hôpital Saint-André.

Le 12 novembre, nous avons fait faire à cette malade un repas d'épreuve avec 60 grammes de pain et 150 grammes de thé. Une heure après le liquide contenu dans la cavité stomacale a été retiré au moyen d'une sonde œsophagienne. L'analyse a été faite par M. le professeur Denigès, qui a trouvé 0,025 d'acide chlorhydrique 00/00.

Dès son admission à l'hôpital, cette femme a pris de la peptone (par cachets de 0,25 centigr.) du lait et du café. Elle avait de la répugnance pour le pain et surtout pour la viande.

Le 13, elle est purgée : 20 grammes d'huile de ricin.

L'opération est pratiquée, le 14, par M. le professeur agrégé Villar. — L'estomac est premièrement lavé à l'eau boriquée, puis à l'eau bouillie. — M. Villar veut tout d'abord faire l'opération sans chloroforme. Mais la malade s'agitant pour prévenir toute espèce d'accident, on procède à l'anesthésie qui ne demande que 5 minutes pour être parfaite.

M. Villar incise largement sur une étendue de 15 centimètres environ, de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, arrêtant rapidement les

hémorrhagies par des pinces hémostatiques qu'il laisse à demeure. Arrivé sur le péritoine, il fait tout d'abord une petite incision de 5 centimètres, saisit les bords de la plaie péritonéale entre deux pinces et introduit un doigt explorateur dans la cavité abdominale. Il reconnaît sur le pylore une tumeur, volumineuse et mobile. L'incision péritonéale est complétée avec les ciseaux, et des pinces hémostatiques sont placées sur les lèvres de la boutonnière péritonéale.

L'intestin fait aussitôt hernie par la plaie abdominale. Il est soigneusement maintenu par des compresses aseptiques chaudes.

La région pylorique est alors rapidement explorée. Une tumeur du volume d'une orange occupe le pylore, la face postérieure de l'estomac adhère à la face inférieure du foie, à l'épiploon. La petite courbure de l'estomac est également envahie. Le côlon transverse adhère au pylore.

Le côlon transverse étant attiré en avant, M. Villar dilacère avec les doigts son méso-côlon et cherche le jéjunum dont une anse tombe presque aussitôt sous sa main. Il est difficile de savoir à quelle distance on se trouve du duodénum. Mais cet anse se présente très facilement à la face antérieure de l'estomac dont les vaisseaux sont turgescents.

Le grand épiploon qui adhérerait au foie et au pylore, est séparé de ses points d'attache.

L'estomac est attiré au dehors, maintenu par des compresses chaudes. Pendant cette manœuvre l'anse jéjunale, qu'on avait passée au travers de la boutonnière misocolique glisse des mains de l'aide et sa recherche est assez laborieuse. Quand elle est ressaisie, attirée au dehors, on la maintient entre deux pinces de Rydygier, après avoir préalablement, par de douces pressions, évacué le contenu de la portion intestinale comprise entre ces deux clamps. La ligne sur laquelle va être faite l'ouverture stomacale étant choisie, M. Villar passe à chacune de ses extrémités une anse de fil de soie pour maintenir tendue dans le sens horizontal la face antérieure de l'estomac. Au lieu de faire, comme tous les chirurgiens, une simple incision, M. Villar

pratiqua une résection de l'estomac avec les ciseaux, qui laisse après elle une ouverture elliptique à grand diamètre transversal de 4 cent. 1/2 de longueur sur 1 1/2 de large.

La portion jéjunale étant tendue entre les pinces de Rydygier est réséquée dans les mêmes conditions.

Peu de sang épanche. Puis il est procédé à la suture. Les deux lèvres inférieures sont suturées les premières; la suture se fait facilement grâce à la tension que font les fils de soie sur l'estomac et les pinces de Rydygier sur l'intestin.

Sutures de Lembert à deux points. Avec le même catgut, suture en surjet, avec arrêt tous les 3 ou 4 points. Les points sont distancés d'environ un demi-centimètre. Cette suture séro-séreuse de la lèvre inférieure est très vite faite.

Les pinces de Rydygier sont enlevées et on procède à la suture muco-muqueuse. Ici, M. Villar a appliqué une méthode personnelle.

Les deux muqueuses gastriques et intestinales formant, après les sutures séro-séreuses, deux bourrelets tomenteux irréguliers. M. Villar les résèque avec les ciseaux, les gratte légèrement avec une petite curette de Volkmann. Les surfaces réséquées se présentent alors sous forme de lignes régulières, qu'il est très facile de coapter sur une suture en surjet.

A ce moment la malade est prise d'efforts et vomissements qui arrêtent l'opération pendant quelques minutes. Un liquide verdâtre mélangé de sang s'échappe de l'orifice gastrique, mais est arrêté par les compresses chaudes. Celles-ci sont souillées, on les enlève; les intestins et le péritoine sont rapidement lavés et de nouvelles compresses sont appliquées.

On passe alors à la suture des lèvres supérieures. Le procédé adopté a été le procédé de Chaput sur abrasion de la muqueuse; sutures en surjet. Cette suture de Chaput étant faite, la vireuse est adossée à elle-même par des sutures de Gussenbauer. Au moment le pouls de la malade devenant faible, on fait une première injection de caféine à 2 gr. pour 10 d'eau.

Toilette rapide du péritoine. Sutures en surjet du péritoine qui est très friable en certains points. Sutures de la paroi aux crins de Florence. Pansements iodoformé.

Durée de l'opération 1 h. 25. Au moment où la malade est emportée de l'amphithéâtre, une seconde injection de caféine lui est faite.

Suites de l'opération. — Nous avons revu la malade deux heures après l'opération. Le shock n'a pas été trop violent. Pouls, 84, répond à nos questions. Pas d'envies de dormir. Douleur à l'ombilic.

Dans l'après-midi, elle prend quelques cuillerées de champagne. Un peu de glace.

Le soir vers 6 heures, la malade commence à s'affaiblir considérablement, pendant la nuit elle eut plusieurs défaillances, l'interne de garde dut lui faire à deux reprises des piqures d'éther.

Le lendemain matin, à la visite, nous trouvâmes cette femme très faible. Elle avait de la peine à répondre à mes interrogations, sa voix était très affaiblie. Le pouls était petit et rapide ; les extrémités un peu froides.

La douleur existait toujours au niveau de l'ombilic. Pendant la nuit précédente cette femme a vomi. Les matières rendues sont gris-verdâtre. Elles ne contiennent pas de sang ; n'ont point d'odeur fécaloïde. Une piqure de caféine, une piqure d'éther sont faites dans la matinée. On donne également un lavement peptonisé. La malade est morte à 4 heures de l'après-midi. Elle s'est éteinte graduellement.

L'autopsie a été pratiquée 26 heures après la mort. A l'ouverture du ventre, on peut constater la généralisation du néoplasme. Le pancréas est lésé, les ganglions engorgés, le foie est également atteint.

Les sutures de la paroi abdominale sont en parfait état ; elles n'ont pas cédé sous les efforts de vomissements qui ont secoué la malade, la nuit qui suivit l'opération.

Le péritoine est normal ; il ne présente aucune trace d'inflammation, il n'y a pas de liquide épanché.

Nous avons procédé ensuite à l'examen de la suture gastro-intestinale. La coaptation entre les deux séreuses est parfaite. Au niveau de l'extrémité gauche de la ligne de suture, sur la lèvre inférieure, on note un léger degré d'inflammation. Tout le reste de la suture est indemne.

L'estomac étant ouvert, nous avons constaté que l'orifice anastomotique n'était pas très considérable, et qu'il aurait sans inconvénient, pu être plus large. Au moment de l'opération, nous avons cependant cru que la résection des deux lambeaux elliptiques de la taille de ceux qui avaient été enlevés sur l'intestin et sur l'estomac, formeraient par leur rapprochement, un orifice assez étendu.

Observation CCXX

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE. — CANCER DU PYLORE.

Observation inédite recueillie au service de M. le Professeur Gross.

M. Gross est appelé le 21 juillet 1892 auprès d'un homme de 37 ans, voyageur de commerce, issu d'une famille de névropathes, mais ne présentant point d'antécédents héréditaires au point de vue du cancer. Lui-même est un nerveux, il a fait des excès en tous genres et particulièrement quelques excès alcooliques. Il présente des phénomènes de dyspepsie depuis plusieurs années. Depuis trois semaines, il a des vomissements alimentaires presque continuels. Il présente tous les symptômes de la sténose pylorique, s'accompagnant de troubles intellectuels et subdélire la nuit. C'est un homme petit, amaigri, présentant de l'agitation continuelle, de l'incohérence dans ses idées et dans ses paroles. Les vomissements sont continuels. Il vomit tout ce qu'il prend. Le ventre est déprimé, il est vide. A la palpation, la région pylorique est douloureuse, et l'on sent sur le bord externe du muscle droit du côté droit, une tumeur dure bilobée. Le lobe superficiel de cette tumeur est petit et siège sur la ligne médiane ; un autre lobe fait suite au premier et se dirige vers la profondeur ; il a le volume d'une petite man-

darine. Ces deux lobes paraissent être réunis ensemble par une partie intermédiaire rétrécie. La tumeur est fixe et elle se perd dans la profondeur de la région. Le malade ne prend que du champagne frappé, quelques cuillerées de bouillon froid. On lui donne des lavements alimentaires. M. Gross confirme le diagnostic des médecins traitants : *cancer du pylore avec sténose* de cet organe.

Le malade est transporté à l'hôpital civil le 22 juillet 1892. On pratique des lavages d'estomac, et le lendemain 23 juillet, on procède à la gastro-entérostomie.

Chloroformisation. — Précautions antiseptiques habituelles. Incision de l'abdomen sur la ligne médiane de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. On découvre facilement l'estomac et le pylore qui est le siège d'une tumeur dure et irrégulièrement lobulée et ayant le volume d'une orange. Cette tumeur est adhérente partout. L'état général du malade et les adhérences de la tumeur font que M. Gross renonce à la pyloréctomie et se décide à pratiquer la gastro-entérostomie. Il relève l'épiploon, récline vers en haut le côlon transverse. La main droite, la paume dirigée vers la colonne vertébrale va à la recherche de l'anse duodéno-jéjunale, elle atteint facilement le jéjunum qui est attiré au dehors ; puis au moyen d'une sonde cannelée et des doigts, on fait une éraillure à travers le méso-côlon transverse, par laquelle on fait passer l'anse qui doit servir à l'anastomose.

Un aide maintient l'intestin tandis que M. Gross détermine sur la face postérieure de l'estomac l'endroit qui doit porter l'orifice gastro-intestinal. L'estomac est ensuite maintenu par les mains d'un aide. M. Gross fixe l'une à l'autre les deux parois stomacale et intestinale sur une longueur de 4 à 5 centimètres au moyen d'une quinzaine de points de Lembert. On incise ensuite l'intestin et l'estomac d'abord au thermocautère, mais craignant une brûlure trop large, M. Gross achève les deux incisions au bistouri. Il n'y eut point d'hémorrhagie. On établit une suture séro-musculaire sur le bord postérieur, puis une suture semblable sur le bord antérieur, enfin on place

une suture séro-séreuse de Lembert à points séparés. On révisé avec soin les points de suture établis, puis on replace l'épiploon dans sa position normale et on ferme la cavité péritonéale au moyen d'un surjet fait à la soie et on ferme l'abdomen au moyen de 6 points de suture faits au crin de Florance. On applique un pansement sec et on fait de la compression au moyen de coton hydrophile et d'un bandage de corps en flanelle.

Le malade est reporté dans son lit, il est réchauffé par tous les moyens, on l'entoure de boules et de cruchons d'eau chaude. Dans la journée le malade suce des fragments de glace mais ne les avale point. On lui donne ensuite trois lavements alimentaires. Les vomissements s'arrêtent complètement après l'opération, mais la faiblesse continue. Le pouls est à 60, petit, misérable. T. 36,4. Le malade a quelques crises nerveuses dans la journée, il est agité, il jette des cris, il a du subdélire.

Le 24 juillet. — Même état : P. 64, T. 36,2 le matin et 36,5 le soir. On continue les lavements alimentaires.

Le 25 juillet. — Douleur dans la région parotidienne gauche, et dans la journée cette région présente du gonflement, on est en présence d'une parosidite. L'haleine est fétide. M. Gross prescrit des lotions boriquées. Le malade prend du champagne, du cognac, du café par cuillerées à bouche.

Le 26 juillet. — L'agitation augmente. Le malade jette des cris continuels et il présente de l'hypopion dans l'œil droit. Aux crises succède un affaissement complet.

Le 26 juillet dans l'après-midi, mort par inanition.

Autopsie. — On ne découvre aucune trace de péritonite. En examinant les viscères restant en place, on remarque que le bout supérieur est vide ainsi que le reste de l'intestin. Les sutures sont intactes et on est frappé du manque d'exsudat et d'adhérence autour de la suture viscérale. Les fils sont à découvert absolument comme si l'opé-

ration venait seulement d'être achevée. On met alors une ligature sur le cardia, une autre sur l'iléon environ à un mètre de l'anastomose. On injecte de l'eau dans l'estomac, en fermant le bout inférieur à environ 0^m 10 de l'anastomose. Non seulement le liquide passe facilement par la bouche gastro-intestinale, mais encore la pression de l'eau ne force pas la barrière des fils. On constate ainsi que la suture est hermétique. L'anastomose avait été pratiquée à 0^m 50 environ du pylore. Rien de particulier dans les autres viscères.

Observation CCXXI

RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX DU PYLORE. — PYLOROPLASTIE DE HEINECKE-MIKULIGZ. — RÉCIDIVE. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE.

Observation recueillie à la clinique de M. Gross, par M. JACQUES, interne*

Le nommé W..., âgé de 35 ans, cordonnier, souffrait de maux d'estomac depuis 8 ans; vomissements alimentaires et bilieux. Durant un mois, le malade dit avoir eu des vomissements noirs. Petit à petit, il éprouva des difficultés de garder les aliments solides et bientôt les vomissements se répétèrent à peu près régulièrement une à deux heures après les repas. Entré au service de M. le professeur Bernheim, on diagnostiqua un rétrécissement pylorique consécutif à un ulcère simple cicatrisé. Le malade fut évacué au service de M. le doyen Heydenreich, suppléé alors par M. le professeur Rohmer, et, le 15 septembre 1892, il subit la pyloroplastie. On constata, lors de l'opération, un rétrécissement annulaire du pylore, produisant une stricture analogue à celle que produirait un lien circulaire. La lumière du rétrécissement admettait à peu près un petit crayon. On pratiqua une incision de 5 à 6 centimètres suivant l'axe du pylore et on réunit transversalement. Le calibre rétabli admettait facilement le pouce. Les suites de l'opération furent simples.

Il n'y eut plus de vomissements pendant quinze jours, puis ils reparurent avec une intensité à peu près égale à celle qui existait auparavant. Deux mois après l'opération, le malade pesait 105 livres (il

était vêtu d'un pantalon, d'une chemise et d'un gilet). L'amaigrissement se reproduisit et le malade pesait avant son entrée au service 51 kilogrammes. En même temps, il éprouvait des douleurs très vives au niveau de la région épigastrique, douleurs qui l'obligeaient à se tenir courbaturé. Ces douleurs survenaient surtout après les repas et provoquaient de l'insomnie.

Entré au service de M. le professeur Gross, le 22 janvier 1893, le malade est pâle, amaigri, il accuse des douleurs dans tout l'abdomen, douleurs intermittentes, spontanées, ou consécutives à l'ingestion des aliments.

A l'inspection, voussure marquée de l'épigastre ; la percussion fait connaître une dilatation stomacale. L'estomac descend jusqu'à l'ombilic. Sur la ligne médiane, entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, on voit la cicatrice linéaire d'une incision de 8 centimètres adhérente dans la profondeur. Point de nodosité à la palpation. Le foie sans déborder les fausses côtes s'avance cependant sur la ligne médiane au-dessous de l'appendice xiphoïde.

Le malade vomit tous les jours une quantité d'aliments correspondant à peu près au repas qu'il a fait. Constipation habituelle. Selle tous les huit jours ; urines rares, volume quotidien, 800 cmc. environ. On prescrit des lavements alimentaires et contre les douleurs des injections de morphine.

La pyloroplastie ayant déjà été pratiquée et suivie de récurrence, cette opération ayant sans doute déterminé des adhérences qui rendaient la pylorotomie difficile et dangereuse, M. Gross décida de pratiquer la gastro-entérostomie. L'avant-veille de l'opération on pratiqua des lavages répétés de l'estomac au moyen du tube de Faucher.

Opération le 18 février 1893. — Nouveau lavage d'estomac à l'acide borique, antisepsie rigoureuse du champ opératoire. Chloroformisation. On pratique au niveau de la cicatrice une incision verticale médiane de 12 centimètres environ et descendant jusqu'à l'ombilic qu'elle intéresse partiellement. Le péritoine pariétal adhérent au tissu

cellulo-graisseux sous-jacent et aux aponévroses de la ligne blanche est divisé avec eux. Le bord inférieur du lobe gauche du foie se présente alors au fond de la plaie. Au-dessous de lui on aperçoit l'estomac que l'on attire à soi. Plus bas on rencontre le grand épiploon qu'on relève, on expose ainsi le côlon transverse qui est également attiré au dehors et engageant la main au-dessous de cette portion du gros intestin, M. Gross cherche le jéjunum qu'il trouve sans aucune difficulté au côté gauche de la colonne vertébrale. On l'attire à l'extérieur, on s'assure que c'est bien l'anse jéjunale que l'on tient, puis on pratique une éraillure dans le feuillet méso-colique, à travers laquelle on fait passer l'anse, qui est ainsi amenée contre la face postérieure de l'estomac, relevée et confiée aux mains d'un aide.

Opérant au-dessous du côlon relevé, au travers de la perforation du méso-côlon, M. Gross fixe l'une à l'autre les deux parois stomacale et jéjunale sur une longueur de 5 à 6 centimètres par 15 points de Lembert ; on établit un second plan séro-séreux au-dessous du premier au moyen d'un surjet qu'on arrête environ tous les trois points. On incise alors au-dessous de la ligne de suture et à quelques millimètres d'elle, la paroi stomacale en deux temps : section de la séreuse et de la musculieuse au bistouri, section de la muqueuse au thermocautère en raison de la congestion intense qu'elle présente. Malgré cela il est nécessaire de pincer quelques artérioles et de lier une veinule. L'incision de l'intestin faite d'après le même procédé donne moins de sang. Puis on rapproche les deux bords muqueux et on les réunit par un certain nombre de sutures enchaînées qui assurent en même temps l'hémostase.

Les deux autres lèvres des deux incisions sont ensuite amenées en contact et réunies par une série de points muco-muqueux fixant les deux muqueuses dos à dos. L'affrontement ainsi obtenu est complet. On avait fait auparavant deux débridements latéraux pour augmenter la lumière de l'orifice gastro-intestinal. Un surjet d'une vingtaine de points plusieurs fois arrêtés, forme un second plan de suture au-dessus

du premier ; enfin le troisième plan séro-séreux est formé par seize points de Lembert.

On vérifie la couronne de sutures ainsi établie. On lave à l'eau distillée tiède et on réduit dans l'abdomen le colon transverse et le grand épiploon, le jéjunum et l'estomac, en rétablissant autant que possible les rapports normaux des organes. Le bout supérieur de l'intestin anastomosé est situé à droite, le bout inférieur à gauche. La portion du jéjunum suturée a une direction presque parallèle au grand axe de l'estomac.

La main introduite dans l'hypochondre droit sent le pylore dur et rétréci, mais on ne put constater de visu, l'état de cet orifice à cause des adhérences qui le retiennent dans la profondeur.

Dernier lavage à l'eau distillée, on ferme l'abdomen par un surjet péritonéal et une série de sutures au crin de Florence. Pansement iodoformé, bandage de flanelle. — Durée de l'opération 2 h. 1/4, pansement compris, point de shock.

19 février. — Douleurs au niveau de l'épigastre ; injections de morphine. Soif vive, calmée au moyen de fragments de glace introduits dans la bouche et que le malade rejette. On donne cinq fois par jour des lavements peptonisés et alcoolisés de 750 grammes. T. 37,8 ; pouls bon ; quelques gaz sont rendus par l'anus.

20 février. — Douleurs épigastriques ; glace et quelques cuillerées de bouillon, cinq lavements, Température normale. L'opéré n'a pas vomi depuis l'opération.

22 février. — Un peu de toux et d'expectoration muco-purulente.

Le malade prend un peu de bouillon froid. Légère diarrhée provoquée par les lavements répétés. Soif vive ; les douleurs épigastriques persistent avec une certaine intensité. T., 37 2.

23 février. — Les douleurs diminuent. Le malade a pris 750 grammes de liquide tant lait que bouillon et quatre lavements nutritifs.

L'analyse de l'urine fournit une diminution notable de l'urée. L'émission des 24 heures est de 600 cmc.

25 février. — Le malade prend 600 gr. de bouillon et 300 gr. de lait. Les douleurs s'atténuent progressivement. Les urines augmentent de quantité et sont moins chargées en urates. On continue les lavements. — Apyrexie.

27 février. — On ouvre le pansement. La réunion paraissant suffisante, on enlève les sutures. On remarque alors que vers la partie moyenne les deux bords de la plaie présentent une certaine tendance à l'écartement. On cherche à les maintenir en contact au moyen d'une série d'agrafes fixées de chaque côté de la plaie par de la tarlatane collodion et rapprochées par un fil de soie antiseptique lacé. Le malade prend un œuf frais.

28 février. — La partie médiane de l'incision s'est désunie sur une longueur de 4 centimètres environ, on voit au fond de la plaie le lobe gauche du foie qui se déplace avec les mouvements respiratoires. On réunit cette plaie à l'aide de 4 fils d'argent.

Etant donné l'état de sclérose des téguments au niveau de l'incision créée lors de la première intervention, l'affrontement superficiel ne peut être obtenu exactement et les bords cutanés sont légèrement renversés en dedans. On réapplique le lacet superficiel et on refait le pansement.

2 mars. — Le malade prend deux œufs mélangés au bouillon ; léger suintement au niveau des sutures.

3 mars. — Même état. — L'opéré prend trois œufs.

Même état les jours suivants.

Le 8 mars, le malade vomit vers le soir, environ un litre de liquide aqueux. Il se plaint de temps en temps d'une douleur au niveau du creux épigastrique. Le lendemain vomissements qui se répètent trois fois. Mêmes douleurs. On découvre que le malade avait mangé de la pâtisserie en cachette.

Les jours suivants le malade ne vomit plus. Il suit son régime, avec ponctualité : bouillon 650 grammes, deux œufs, café au lait 250 grammes. Le teint devient meilleur, l'appétit revient, les urines augmentent et l'opéré se porte aussi bien que possible et rien ne semble plus devoir entraver sa prochaine guérison.

— 25 —

CONCLUSIONS

I. — La gastro-entérostomie est une opération palliative pour la sténose néoplasique du pylore et radicale pour la sténose cicatricielle de cet organe. Elle doit être préférée dans le premier cas à la pyloréctomie qui a des indications plus restreintes, et dont la mortalité est plus élevée; dans le second cas elle entre en parallèle avec la pyloroplastie.

II. — Dans le cancer, la gastro-entérostomie doit être faite aussi précoce que possible. Une contre-indication absolue de cette opération est la généralisation du néoplasme.

III. — Pour obtenir la suppression des accidents de sténose, un bon fonctionnement de la fistule, et assurer l'alimentation, l'anastomose devra porter aussi haut que possible sur l'intestin. Le meilleur procédé est l'anastomose jéjuno-stomacale.

IV. — Pour éviter les accidents de compression du côlon transverse, la méthode de von Hacker devra être préférée à celle de Wœlfler; toutefois le choix de la méthode reste subordonné à l'état anatomo-pathologique de la région.

V. — En cas de rétrécissement néoplasique, la bouche gastro-intestinale doit être placée aussi loin que possible de la lésion cancéreuse, les accidents de sténose pouvant reparaitre à la suite de l'envahissement ultérieur de l'anastomose gastro-intestinale.

VI. — La suture la plus avantageuse est la suture par étages à fils séparés ou continus avec arrêt tous les deux ou trois points.

Le procédé de Senn n'a pas donné jusqu'à présent de résultats suffisamment concluants.

VII. — La nécessité de la duodéno-jéjunostomie, opération complémentaire proposée pour empêcher le reflux de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac n'est pas démontrée.

VII. — D'après les différentes statistiques, la gastro-entérostomie est encore une opération grave ; mais grâce aux perfectionnements successivement apportés au manuel opératoire, sa mortalité tend à diminuer.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 8 mars 1893.

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 8 mars 1893.

Le Recteur,

E. MOURIN.



ERRATUM. — P. 36, 13^e ligne, au lieu de : Obs. CCXXI et CCXXII, lire CCXX et CCXXI.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I	
HISTORIQUE	1
CHAPITRE II	
ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE	7
1° ANATOMIE NORMALE	7
2° ANATOMIE PATHOLOGIQUE	14
CHAPITRE III	
MANUEL OPÉRATOIRE. — MÉTHODES ET PROCÉDÉS	25
1° TRAITEMENT PRÉ-OPÉRATOIRE	25
2° ANTISEPSIE PRÉ-OPÉRATOIRE	28
3° ANESTHÉSIE	29
4° DESCRIPTION DE L'OPÉRATION	32
1 ^{er} Temps { Laparotomie	32
2 ^e Temps { a) Recherche de l'anse et exploration de l'estomac et de l'intestin	34
b) Les parties qu'il faut réunir.	33
c) Rapprochement des organes à suturer. Procédés opératoires	42
1° Méthode de Wœlfler.	42
2° Méthode de von Hacker.	44
3° Méthode de Courvoisier.	46
a) É abaissement de l'anastomose	51
b) Ouverture de l'estomac et de l'intestin	54
3 ^e Temps { c) Réunion de l'estomac et de l'intestin.	58
1° Procédés du suture à plans superposés	58
2° Procédé de Senn	66

4 ^e Temps	} Opérations complémentaires.	75
5 ^e Temps		78
CHAPITRE IV		
ACCIDENTS OPÉRATOIRES		81
CHAPITRE V		
SOINS CONSÉCUTIFS		83
CHAPITRE VI		
RÉSULTATS DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE		87
1 ^o RÉSULTATS IMMÉDIATS		88
2 ^o RÉSULTATS ÉLOIGNÉS		91
CHAPITRE VII		
OBJECTIONS FAITES A LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE		104
CHAPITRE VIII		
DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES MALADIES DE		
L'ESTOMAC		107
1 ^o VALEUR COMPARATIVE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES POUR LE RÉTRÉCIS-		
SEMENT CICATRICIEL DU PYLORE		109
a) Pyloroplastie		109
b) Opération de Hahn		110
c) Opération de Loreta		110
d) Pylorectomie		111
e) Gastro-entérostomie		111
2 ^o VALEUR COMPARATIVE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES POUR LE CAS DE		
CANCER DU PYLORE		112
a) Curettage		112
b) Pylorectomie		113
c) Pylorectomie combinée à la gastro-entérostomie		115
d) Jéjunostomie		116
e) Gastro-entérostomie		117
3 ^o INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE.		118
OBSERVATIONS		125
CONCLUSIONS		361

